

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回目)

|                |  |  |  |   |
|----------------|--|--|--|---|
| (1) 被保険者証      | 記号   | 0000   | 番号   | 11111   |
| (2) 被保険者       | 氏名   | 太陽 花子  | (3) 仕事の具体的な内容  | <input checked="" type="checkbox"/> 在籍者 <input type="checkbox"/> 退職者<br>お客様の新規開拓に伴う営業活動や諸手続きのための既契約者宅訪問など。(営業職) |
|                | 生年月日   | 昭・平 50年 4月 1日 (48歳)  |  |   |
| (4) 傷病名        | 腰椎圧迫骨折   | (5) 資格を取得した年月日   | 昭・平・令 28年 3月 1日  |   |
|                |  | (6) 発病又は負傷の年月日   | 昭・平・令 5年 3月 3日   |   |
| (7) 発病または負傷の原因 | <input checked="" type="checkbox"/> 業務外・病気 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 出社・退社途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為<br>休日の午後4時頃、スーパーへ買い物に行く時、右足が道路のくぼみにはまってしまい、近くにあった植木に倒れ込み、その際、植木の端に腰辺りをぶつけ骨折した。 |  |  |   |
| (8) 請求期間       | 令和 5年 3月 3日 から   | 29日間   |  |   |
| (9) 障害年金       | 年金の種類別   | <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 | 年金受給傷病名  | 該当なし  |
|                | (10) 退職後または任意継続者   | 雇用保険(失業保険)を受給していますか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |   |
|                |  | 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |   |
| (11) 出産予定日     | <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(令和 年 月 日)   |  |  |   |
| (12) 振込口座      | 在籍者  | 給与口座にお振込みいたします。  |  |   |
|                | 退職者  | ※退職者の方は振込希望口座を記入してください。                                      |  |   |
|                |  | 金融機関名称   | 本・支店名  | 種別  |
|                |  |  |  | 普通  |
|                |  |  | 口座番号   | 名義人(カナ)   |
| (13) 記入欄       | 私は、貴健康保険組合に本手当金を請求するにあたり、下記事項を確約するとともに、万一、申請内容と相違する事が判明したときには、健康保険法第119～121条の規程により支給の一部又は全部を停止されることに同意致します。また、判明した内容により既に受給した給付金を返還しなければならなくなった場合は、貴健康保険組合からの請求に応じ傷病手当金を速やかに返還することを誓約のうえ、上記のとおり請求します。                  |  |  |   |
|                | 1. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金(障害手当金)及び老齢厚生年金の支給が決定したときは遅滞なく貴組合に連絡します。<br>2. 退職後の傷病手当金を請求する際は、労務の対象としての報酬の全部又は一部を受けた場合、支給調整されることを認識し、貴組合に遅滞なくその報酬等について報告致します。   |  |  |   |
|                | 令和 5年 5月 10日<br>〒 000-0000 TEL 03(0000)1111<br>住所 東京都東区城東1-2-3<br>被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ<br>氏名 太陽 花子<br>(被保険者死亡の場合のみ) 〒 電話 ( )<br>請求者の住所<br>フリガナ<br>氏名   |  |  |   |

- (7) 「発病または負傷の原因」  
負傷(外傷性)の場合は、出来るだけ詳しく記入する。  
(いつ、どこで、何時ごろ、何をしていたとき、なにが、どうなったのか等)
- (9) 「障害年金」欄  
受給傷病名が傷手と同一傷病で障害年金・障害手当金が支給されたときは記入する。  
添付書類あり
- (10) 「退職後または任意継続者」欄  
雇用保険・老齢年金を受給しているときは記入する。  
添付書類あり
- (11) 「出産予定日」欄  
予定があるときは予定日を必ず記入する。
- (12) 「振込口座」欄  
在籍者は給与口座へ振込する。  
退職者は記入された口座へ振込する。

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印

(裏面に続く)

記入例

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| 事業主証明欄                   | (14) 労務に服さなかった期間   | 令和 5 年 3 月 3 日 から<br>令和 5 年 3 月 31 日 まで<br>29 日間  |
|                          | (15) 労務・給与支払いの状況   | 別紙のとおり出勤簿・給与台帳を添付します。   |
|                          | (16) 被保険者の現況   | <input type="checkbox"/> 復帰済 ( 年 月 日復帰済) <input checked="" type="checkbox"/> 復帰予定(令和5年8月1日復帰予定) <input type="checkbox"/> 復帰未定 |
|                          | (17) 労災非該当の確認  | <input checked="" type="checkbox"/> 労災保険の適用外であることを確認しました。(労災保険の場合は、傷病手当金の請求はできません)  |
| (18) 上記のとおり相違ないことを証明します。 | 令和 5 年 5 月 10 日<br>所在地 東京都〇△区〇△町1-1-1<br>事業主の名称 太陽生命保険株式会社<br>代表者名 〇〇支社<br>〇〇支社長 中央 太郎 |   |

(14) ~ (18) 「事業主証明欄」欄  
【内務員・パート等】  
給与厚生課で証明するため、未記入のまま給与厚生課へ提出する。  
【営業職員】  
支社で記入し「社判」「支社長名」を押印し、健康保険組合へ提出する。  
【関連会社】  
各会社で証明し、総務担当者が健康保険組合へ提出する。

|                          |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|
| 療養を担った医師の証明欄             | (19) 患者氏名   | 太陽 花子   |   |
|                          | (20) 傷病名  | (1つの傷病で労務不能な場合はその病名のみを、複数の傷病によって労務不能な場合はそれらの病名を記載して下さい。)<br>腰椎圧迫骨折  |   |
|                          | (21) 発病または負傷の原因   | 転倒  |   |
|                          | (22) 発病または負傷の年月日  | 平成・令和 5 年 3 月 3 日   | (23) 受診開始日<br>平成・令和 5 年 3 月 3 日   |
|                          | (24) 労務不能と認めた期間   | 令和 5 年 3 月 3 日 から<br>令和 5 年 3 月 31 日 まで   | 29 日間   |
|                          | (25) 上記(24) 期間中の入院期間  | 令和 5 年 3 月 3 日 から<br>令和 5 年 3 月 31 日 まで   | 29 日間   |
|                          | (26) 診療日数   | 診療日を〇で囲んでください   | 3 月 1 2 (3) 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 (31)   |
|                          | (27) 傷病の「主症状および経過」「治療内容・検査結果・療養の指導」等の詳細   | 上記傷病のため、3月10日手術を行う。<br>引き続き入院加療を要す。<br>【診療実日数が0日で労務不能と判断された理由を詳しく記入してください】  |   |
|                          | (28) 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見  | 必ずご記入下さい。   |   |
|                          | (29) 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき  | 人工透析開始日または人工臓器装着日<br>平成・令和 年 月  | 人工臓器等の種類<br><input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨髄 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他《 |
|                          | (30) 上記(20)の傷病あるいは関連疾病の障害について   | <input type="checkbox"/> 障害者認定あり → 認定年月日：平成・令和 年 月 日、障害等級：<br><input checked="" type="checkbox"/> 障害者認定なし → 申請《 <input type="checkbox"/> 検診中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 対象外 》 |   |
| (31) 労務復帰予定(該当するものに必ず☑)  | <input checked="" type="checkbox"/> 就労可能の見込み(令和 5 年 8 月 1 日) <input type="checkbox"/> 現時点では不明 |   |   |
| (32) 上記のとおり相違ないことを証明します。 | 令和 5 年 5 月 1 日<br>医療機関の所在地 東京都城南區城南1-2-3<br>名称 〇△病院<br>電話 03-0000-2222<br>医師名 日本 次郎           |   |   |

(16) 「被保険者の現況」  
(17) 「労災非該当の確認」