

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

所属 支社名	大森北 支社
連絡先(IPコード・内線等)	担当者名
100	〇〇

被 保 険 者 記 入 欄	(1)	被保険者等	記号	0000	番号	11111
	(2)	被保険者	ふりがな	たひよう はなこ		
			氏名	太陽 花子		
			住所	〒 000-0000 東京都東区城東1-2-3 TEL 03(0000) 1111		
			生年月日	昭・平 53 年 4 月 1 日 (48 歳)	請求回数	☒ 初回 ☐ 2回目以降(回)
	(3)	傷病名	腰椎圧迫骨折	(4) 入社年月日	昭・平・令 28 年 3 月 1 日	
				(5) 発病又は 負傷の年月日	昭・平・令 8 年 3 月 3 日	
	(6)	発病または 負傷の原因	☒ 業務外・病気 ☐ 業務上 ☐ 出社・退社途上 ☐ 第三者行為 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、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。			
	(7)	請求期間	令和 8 年 3 月 3 日 から 29 日間 令和 8 年 3 月 31 日 まで			
	(8)	障害年金	年金の種類	☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金	年金受給傷病名	該当なし
	(9)	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		☐ はい ☐ 請求中 ☒ 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		☐ はい ☐ 請求中 ☒ いいえ	
(10)	出産予定日	☒ ない ☐ ある (令和 年 月 日)				
(11)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。				
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	
				普通		
(12)	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こと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、障害厚生年金(障害手当金)または老齢厚生年金・老齢基礎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。 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します。 3. 雇用保険の失業給付の受給申請を開始(予定)する場合には、遅滞なく貴組合にその旨報告いたします。 また、失業給付受給申請しているにもかかわらず、傷病手当金を受給していた事実が明らかになった場合は、失業給付受給申請の日に遡って傷病手当金の支給決定を取り消されても異議ありません。 当請求を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 8 年 5 月 10 日 被保険者(自署) 太陽 花子					

- (6)「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、何をしているとき、なにが、どうなったのか等)
- (8)「障害厚生年金」欄
受給傷病名が傷手と同一傷病で障害厚生年金・障害手当金が支給されるときは記入する。
添付書類あり
- (9)「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
- (10)「出産予定日」欄
予定があるときは予定日を必ず記入する。
- (11)「振込口座」欄
給与口座を希望しない場合は記入する。
- (12)本人自署欄
被保険者欄は必ず本人が自署する。
書類提出を事業所に委任しない場合は、請求者が直接健康保険組合へ提出する。

※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。
(裏面に続く)

2026/7

事業主証明欄	(13)	労務に服さなかった期間	令和 8 年 3 月 3 日 から 29 日間 令和 8 年 3 月 31 日 まで
	(14)	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。
	(15)	被保険者の現況	☐ 復帰済(年 月 日復帰済) ☒ 復帰予定(令和 8 年 8 月 1 日復帰予定) ☐ 復帰未定
	(16)	労災非該当の確認	☒ 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)
	(17)	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 8 年 5 月 10 日 所在地 東京都〇△区〇△町1-1-1 事業主 名称 太陽生命保険株式会社 代表者名 〇〇支社 〇〇支社長 中央 太郎	

(13)～(17)「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。

(15)「被保険者の現況」
(16)「労災非該当の確認」
(17)「事業主証明」
については、必ず記入する。

療養を担当した医師の証明欄	(18)	患者氏名	太陽 花子	
	(19)	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。) 腰椎圧迫骨折	
	(20)	発病または負傷の原因	転倒	
	(21)	発病または負傷の年月日	平成・令和 8 年 3 月 3 日	(22) 受診開始日 平成・令和 8 年 3 月 3 日
	(23)	労務不能と認めた期間	令和 8 年 3 月 3 日 から 29 日間 令和 8 年 3 月 31 日 まで	
	(24)	上記(23)期間中の入院期間	令和 8 年 3 月 3 日 から 29 日間 令和 8 年 3 月 31 日 まで	
	(25)	診療実日数	診療日を○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
		29 日	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
	(26)	労務不能と認めた期間の傷病の主症状を詳しく記入 療養開始から2カ月目以降の時は、前月との症状の比較概要	主症状および経過、治療内容 上記傷病のため、3月10日手術を行う。 引き続き入院加療を要す。	
		労務不能の傷病に対する処方薬	☒ あり(主な処方内容) ロキソニン ☐ なし(薬を必要としない理由)	
		診療実日数が0日だった場合に記入	【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】 必ずご記入ください	
	(27)	療養指導内容、今後の治療計画を詳しく記入	必ずご記入ください	
(28)	上記(19)の傷病あるいは関連疾病の障害について	☐ 障害者認定あり → 認定年月日:平成・令和 年 月 日、障害等級: 級 ☒ 障害者認定なし → 申請《 ☐ 検討中 ☐ 申請中 ☒ 対象外 》		
(29)	労務復帰予定(該当するものに必ず☑)	☒ 就労可能の見込み(令和 8 年 8 月 1 日) ☐ 現時点では不明		
(30)	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 8 年 5 月 1 日 医療機関 所在地 東京都城南区城南1-2-3 名称 〇△病院 TEL 03-0000-2222 医師名 日本 次郎			