

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 者 記 入 欄	(1)	被保険者証	記号		番号		
	(2)	被保険者	氏名		(3)	仕事の内容 具体的な内容	<input type="checkbox"/> 在籍者 <input type="checkbox"/> 退職者
			生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)			
	(4)	傷病名			(5)	資格を取得した年月日	昭・平・令 年 月 日
					(6)	発病又は負傷の年月日	昭・平・令 年 月 日
	(7)	発病または負傷の原因	<input 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				
	(8)	請求期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	(9)	障害年金	年金の種類	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	年金受給傷病名		
	(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 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 type="checkbox"/> いいえ	
	(11)	出産予定日	<input 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	口座番号	名義人(カナ)
				普通			
(13)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 TEL ()</p> <p>住所 被保険者のフリガナ 氏名</p> <p>(被保険者死亡の場合のみ) 〒 TEL ()</p> <p>住所 請求者のフリガナ 氏名</p>						

※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)

〔添付書類について〕 ※請求する前に添付書類洩れがないよう☑のうえ請求してください

同意書(1回目請求時)

職歴及び加入履歴報告書(入社3年未満の方)

療養と生活の状況報告書

■ 在籍中は事業所で用意するもの

(8)(13)の期間中の出社記録簿(写)

(8)(13)の期間中の報酬台帳(写)

(例) 営業職員4月分の請求は5月25日支払の4月分の報酬台帳を添付

報酬台帳(写)に精算額がある場合は「メンテナンス確認リスト」

障害厚生年金(手当金)を受給している方(傷病手当金請求傷病または関連傷病の場合のみ)

障害厚生年金・障害手当金受給状況届(HPから出力)

障害厚生年金の年金証書(写)

障害厚生年金の額およびその支給開始年月を証する書類(裁定通知書の写)

障害厚生年金の直近(傷病手当金の請求月)の額を証する書類(振込通知書の写)

老齢厚生年金を受給している方(退職後の請求の場合のみ)

国民年金・厚生年金保険年金証書(裁定通知書の写)

年金振込通知書(写)

裁定通知書・支給額変更通知書(写)

※資格喪失日(退職日の翌日)が属する月の翌月から年金額が改定されます

年金額改定通知書(写)

■ 退職後の請求

病院の領収書(写)

病院の診療明細書(写)

薬局の領収書(写)

薬局の明細書(写)

新しい保険証(写)

事業主 証明欄	(14) 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	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 type="checkbox"/> 復帰予定(年 月 日復帰予定) <input type="checkbox"/> 復帰未定	
	(17) 労災非該当の確認	<input 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 年 月 日 所在地 事業主の名称 代表者名	

療養を担 当した 医師の 証明欄	(19) 患者氏名																																	
	(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。)																																
	(21) 発病または負傷の原因																																	
	(22) 発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(23) 受診開始日	平成・令和 年 月 日																														
	(24) 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間																															
	(25) 上記(24)期間中の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間																															
	(26) 診療実日数	診療日を○で囲んでください	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
	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
	(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																																	
	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】																																
	(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																																	
	(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	平成・令和 年 月 日																															
		人工臓器等の種類	<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 <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: 級 <input type="checkbox"/> 障害者認定なし → 申請 《 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 対象外 》																																
	(31) 労務復帰予定(該当するものに必ず☑)	<input type="checkbox"/> 就労可能の見込み(令和 年 月 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 年 月 日 医療機関の所在地 名称 TEL 医師名																																	