

所属 支社名	
連絡先 (IPコード・内線等)	担当者名

健康保険傷病手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	(1)	被保険者等	記号		番号		
	(2)	被保険者	フリガナ				
			氏名				
			住所	〒			
			生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	請求回数	□初回 □2回目以降(回)	
	(3)	傷病名			(4) 入社年月日	昭・平・令 年 月 日	
					(5) 発病又は 負傷の年月日	昭・平・令 年 月 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				
	(7)	請求期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	(8)	障害年金	年金の種別	□障害厚生年金 □障害手当金		年金受給傷病名	
	(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	名義人(カナ)	
				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 年 月 日 被保険者(自署)						

※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)

■ 傷病手当金を請求する際に提出が必要な書類

【在職中・退職後】 本人が用意し提出するもの (⇒「太陽生命けんぽWEB」に掲載)

対象者	書類名称	チェック
全員	健康保険傷病手当金請求書(第__回目)	☐
全員	療養と生活の状況報告書	☐
第1回目の請求時	同意書	☐
労務に服さなかった期間の初日 時点で勤続年数が3年未満の者	職歴及び加入履歴報告書	☐

【在職中】 勤務先が用意し健康保険組合へ提出するもの

対象者	書類名称	チェック
全員	(7)請求期間・(13)労務に服さなかった期間の 「出社記録簿(太陽生命営業職員)」や「勤務記録」	☐
全員	(7)請求期間・(13)労務に服さなかった期間の 「報酬台帳(太陽生命営業職員)※」や「給与明細」 ※例) 請求期間が4月の場合は5月25日支払の4月分の報酬台帳	☐
報酬に精算額がある場合 (太陽生命営業職員)	「定例報酬台帳(精算用)」	☐

【在職中・退職後】 障害厚生年金・障害手当金を受給している場合

(傷病手当金の請求原因となる傷病もしくは関連傷病による障害の場合に限る。)

対象者	書類名称	チェック
全員	障害厚生年金・障害手当金受給状況届 ⇒「太陽生命けんぽWEB」に掲載	☐
障害厚生年金受給者	年金決定通知書・支給額変更通知書(写) (障害厚生年金の額及び支給開始年月を証する書面)	☐
障害厚生年金受給者	年金振込通知書(写)(傷病手当金の請求期間を含む月のもの)	☐

【退職後】 本人が用意し提出するもの

対象者	書類名称	チェック
全員	病院の領収証(写)および診療明細書(写)	☐
全員	薬局の領収証(写)および明細書(写)	☐
全員	新たに加入した健康保険の資格確認書または資格情報の通知書(写)	☐
全員	雇用保険(失業給付)に関する以下いずれかの書類(写) a. 未手続 … 雇用保険離職票1、2 b. 受給中 … 雇用保険受給資格者証の全ページ c. 申請中(未受給) … 雇用保険受給資格者証の全ページ d. 延長申請中 … 雇用保険受給期間延長通知書	☐

【退職後】 老齢厚生年金・老齢基礎年金を受給している場合

対象者	書類名称	チェック
退職後から年金を受給	年金決定通知書(写)	☐
在籍中から年金を受給	支給額変更通知書(写) (資格喪失日が属する月の翌月から年金額が改定されるため)	☐
年金額が改定した時	年金振込通知書(写)または 年金額改定通知書(写)	☐

事業主 証明欄	(13)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 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(年 月 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 年 月 日 所在地 事業主 名称 代表者名

療養を 担当した 医師の 証明欄	(18)	患者氏名																																	
	(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。)																															
	(20)	発病または負傷の原因																																	
	(21)	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(22)	受診開始日	平成・令和 年 月 日																													
	(23)	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで																															
	(24)	上記(23)期間中の入院期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで																															
	(25)	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																														
	(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																															
		労務不能の傷病に対する処方薬		☐ あり(主な処方内容) ☐ 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】																															
	(27)	療養指導内容、今後の治療計画を詳しく記入																																	
	(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 年 月 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 年 月 日 医療機関 所在地 名称 〒 医師名																																