

健康保険傷病手当金請求書 (被保険者記入用)

※初回請求時は、別紙「同意書」の提出が必要です

(第 1 回目)

被保険者情報	被保険者証	記号 77	番号 99999
	氏名	(フリガナ) デンシ タロウ 電子 太郎	生年月日 昭・平・令 49 年 6 月 1 日
	住所	〒 111 - 8530 東京 都・道 台東区雷門 1-13-8	電話番号 (日中の連絡先) 03 (3843) 1456
	事業所名称	〇〇電子 株式会社	

振込先	金融機関名称	〇〇銀行 (銀行 金庫・信組 〇〇支店 本店・出張所 〇〇支店 本店・出張所 〇〇支店 本店・出張所)	預金種別 普通 当座・その他 ()
	口座番号	9876543	口座番号
	口座名義 (カタカナで記入)	デンシ タロウ	口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	氏名 被保険者以外の口座に振り込みをご希望の場合は、ご記入をお願いします。

申請内容	傷病名	1) 医師の意見欄を参考にご記入ください	発病又は負傷年月日	平・令 3 年 8 月 10 日
		2)		平・令 年 月 日
		3)		平・令 年 月 日
	発病時の状況又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	詳細にご記入ください 注: 工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。		
	仕事の内容(具体的に)	営業職	退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。	
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	平・令 3 年 8 月 10 日 から 22 日間 平・令 3 年 8 月 31 日 まで		
上記期間に報酬を受けましたか。または、今後、受けられますか。	はい (はい/いいえ)	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	平・令 3 年 8 月 10 日 から 報酬額 平・令 3 年 8 月 12 日 まで 30000 円	
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	はい (はい/請求中/いいえ)	「はい」受給名と	年金の <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 金額 円	
「退職した方」老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい (はい/請求中/いいえ)	「はい」年金号等	金額 円	

注: この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

組合使用内訳欄	支給額	円	資格	取得喪失	年 月 日	
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	全部	一部不支給	
	加入期間	12月以上	未満 (前年度平均	円)	理由	年 月 日から 年 月 日まで 日間 円
	平均月額	円 ÷ 30 × 2/3 = 手当金日額	円	理由	年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	
	手当金日額	円 × 日 =	円	理由	年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	
	既払額 (他申請)	円	円	理由	年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	

備考欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (事業主記入用)

事業主が証明するところ	被保険者氏名				被保険者証	記号	番号
	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日 から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。		
		平・令 年 月 日 まで 日間	日	日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	被保険者の	給与の種類	事業主より証明を受けてください。			日	支払日
上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合		年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円			
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							
事業所名称							
事業主氏名							電話番号 ()

記入例

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 太郎			被保険者証	記号	番号
	① 労務に服さなかった期間	平(令)元 年 6 月 16 日 から	② 出勤	有給	③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。		
		平(令)元 年 7 月 15 日 まで 30 日間	0 日	3 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	被保険者の	④ 給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()	⑤ 賃金計算	締日 15 日	支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 25 日
	⑥ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	基本給	元年 6 月 16 日 ~ 元年 7 月 15 日	3 日間	45,000 円	300,000 ÷ 20日 × 3日 (日額15,000円)	
		通勤手当	31 年 4 月 1 日 ~ 元年 9 月 30 日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし	
住宅手当		元年 6 月 16 日 ~ 元年 7 月 15 日	30 日間	20,000 円	欠勤控除なし		
上記のとおり相違ないことを証明します。							令和 元 年 8 月 1 日
所在地							東京都墨田区△△ 1-2-3
事業所名称							〇〇〇〇 株式会社
事業主氏名							〇〇 〇〇
電話番号							△△ (□□□□) ××××

- ① 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。

(事業主の注意事項)

- ① 労務に服さなかった期間についての出勤簿及び賃金台帳の写を添付してください。
- ② 原則として給与の締切期間ごとに請求されるよう指導してください。
- ③ 労務に服さなかった期間に支払われた手当等を記入してください。
なお、手当等の支給にあたって、月単位以外で記入された場合は、お手数ですが、給与明細の余白等に計算式をご記入ください。
- ④ 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。
- ⑤ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (医師等記入用)

医師等 が意見 を記入 する ところ	患者氏名			転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医			
		被保険者証: 記号	番号					
	傷病名	1)				1) 平・令	年 月 日	
		2)				平・令	年 月 日	
		3)				平・令	年 月 日	
	発病又は 負傷年月日	平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因			
	労務不能と 認められた期間	平・令	年 月 日	から	うち入院期 間	平・令	年 月 日	から
		平・令	年 月 日	まで		日間	平・令	年 月 日
	診療実日数	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				
			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				
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					
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					
主たる症状及び経過 (できる限り詳しくご記入ください。)								
この期間の 傷病状態								
この期間の 治療状況								
前月の症状 との比較								
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所見 (必ずご記入ください。)								
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき		記載内容について相違ありません。		令和 年 月 日				
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日 平・令 年 月 日		所在地						
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"/> 人工骨頭 <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 ()		医療機関名						
		医師氏名						
		電話番号 ()						

(医師の注意事項)

- ①できるだけもれなく記入してください。
- ②「労務不能と認められた期間」は、証明をされる日以前の期間でお願いします。
- ③ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

同意書

健康保険法に基づく私の保険給付の支給決定を行うにあたり、東京電子機械工業健康保険組合が関係機関に対して、資格記録、給付記録、療養の給付記録（傷病手当金請求書に係る診療報酬明細書および調剤報酬明細書の写し等）、診療履歴、年金受給の有無等に関する情報を照会すること、および資料の提供を依頼すること、また、関係機関が上記照会に回答すること、および資料を提供することに同意します。

※関係機関とは、健康保険組合等医療保険者、医療機関、日本年金機構等をさします。

※本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和3年9月1日

東京電子機械工業健康保険組合 殿

住 所 〒 111 — 8530
東京都台東区雷門 1 - 1 3 - 8

氏 名 電子 太郎

電話番号 03 (3843) 1456

【記入上の注意】

（被保険者の注意事項）

①提出いただいた傷病手当金の支給決定にあたり、当健保組合に加入前の健康保険組合等医療保険者や医師意見欄の医師、その他関係機関等へ照会をすることがあります。初回の請求には、別紙「同意書」の提出が必要となりますので、ご記入いただき添付してください。

なお、「同意書」の提出をいただけない場合は、傷病手当金の支給決定ができない場合がありますので予めご了承ください。

②傷病が第三者の行為によるものである時は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。

③傷病の原因が外傷によるものである時は、できるだけ詳しく請求書の該当欄にご記入ください。

記入が不十分な場合は、組合より電話ないし文書でご照会させていただく場合がございます。

④被保険者以外の口座名義に振り込みをご希望の場合は、受取代理人の欄も合わせてご記入ください。

⑤障害年金や障害手当金を受給している場合は、内容（金額・受給の原因となった傷病名等）を証明できる書類（受給資格者証等）の写を添付してください。

⑥資格喪失者、及び任意継続被保険者の方で老齢年金等を受給している場合は、年金証書又はこれに準ずる書類の写及びその額及びその支給開始年月を証明する書類、並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

⑦退職後の傷病手当金請求につきましては、雇用保険（失業給付）手続きの有無を確認させていただきます。

また、傷病手当金請求書受理の際には、皆さまの療養状況や日常生活状況を確認させていただくことがあります。組合から「雇用保険手続きに関する照会」や「傷病手当金・本人状況報告書」をお送りしますので、内容を記載のうえご提出いただきますようお願いいたします。

（事業主の注意事項）

①労務に服さなかった期間についての出勤簿及び賃金台帳の写を添付してください。

②原則として給与の締切期間ごとに請求されるよう指導してください。

③労務に服さなかった期間に支払われた手当等を記入してください。

なお、手当等の支給にあたって、月単位以外で記入された場合は、お手数ですが、給与明細の余白等に計算式をご記入ください。

④被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。

⑤ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。

（医師の注意事項）

①できるだけもれなく記入してください。

②「労務不能と認めた期間」は、証明をされる日以前の期間でお願いします。

③ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。