

1枚目(申請書は2枚一組です)

健康 保 使 用 欄	受付年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長		担 当
	伺年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日				
	決裁年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日				
	支給額	円		至 年 月 日				
	支給開始日	年 月 日		日間				
	満了予定日	年 月 日	不支給有無	無・一部・全部	備考			

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	.		② 被保険者 氏 名					
	③ 被保険者の 仕事内容			④ 生年月日	年	月	日		
	⑤ 傷 病 名			⑥ 発病又は 負傷の 年月日	年	月	日		
	⑦ 傷病の原因・ 症状について	初回申請時は傷病の原因と症状を詳細に、2回目以降の申請の場合は⑧の期間の症状を記入してください							
	⑧ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から		年 月 日まで		日間			
	⑨ 障害年金または 障害手当金を受給 していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年金証書の写しを添付してください(既に提出した場合は不要) <small>※年金額が改定された場合は年金額改定通知書の写しを提出してください</small> <input type="checkbox"/> 請 求 中 → 申請の前に健保までご連絡ください							
	⑩ 《退職者の場合》 ※任意継続被保険者含む 老齢又は退職による公的 年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年金証書の写しを添付してください(既に提出した場合は不要) <small>※年金額が改定された場合は年金額改定通知書の写しを提出してください</small> <input type="checkbox"/> 請 求 中 → 申請の前に健保までご連絡ください							
	⑪ 振込希望の 金融機関名 (被保険者の口座)	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金口座(マイナンバーと紐づけた口座)への振り込みを希望します。 <small>※希望する場合は☑を、希望しない場合は下記の口座情報を記入してください</small> <small>注)公金口座の登録有無がわからない場合は、必ず下記の口座情報を記入してください</small>							
		金融機関名	銀行・信金			本店・支店 出張所			
		口座番号 (普通)	第	号	口座名義 (カタカナ氏名)				
	⑫ 上記のとおり請求します。	年 月 日							
	被保険者の	〒		住 所 :					
			氏 名 :						
			電話番号 : ()						

(注)申請書は2枚一組です。1枚目を記入し2枚目に医師の証明を得た上で、2枚揃えて提出してください

(健保連絡先)TEL:03-6478-1342

1枚目(申請書は2枚一組です)

事業主が証明するところ	⑬ 被保険者氏名										
	⑭ 労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間			
	⑮ 傷病の原因について	労災の可能性(申請者が傷病の原因を業務起因としており、かつ医師の意見も同様)について <input type="checkbox"/> 上記に該当しない(申請者や医師が傷病原因を業務起因としていない) <input type="checkbox"/> 労災に該当しないことを確認した → 根拠 () <input type="checkbox"/> 労災に該当する(可能性含む)が傷病手当金を請求する → 本人の「誓約書」を添付									
	⑯ 上記の期間に対し賃金を支給しました(します)か	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ……支給した(する)額を以下に記入 年 月 日から 年 月 日までの分として 円									
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。	所在地 年 月 日 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()									

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑱ 患者氏名											
	⑲ 傷病名						⑳ 発病又は負傷の原因					
	㉑ 発病又は負傷年月日	年	月	日	⑳ 療養の給付を開始した年月日	年	月	日				
	㉒ 労務不能と認められた期間	年	月	日から	年間	㉓ 診療実日数	日間					
	⑳ 上記労務不能期間中の受診日を○で囲んでください ※入院期間は←→で期間を示してください											
	年	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									
	年	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									
	年	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									
	㉔ 上記労務不能期間中における傷病について											
	主たる症状及び経過の詳細											
治療内容、療養指導等(通院の場合)	投薬:	<input type="checkbox"/> あり [月 日に 日分] [月 日に 日分] <input type="checkbox"/> なし [理由:]										
	通院指導:	<input type="checkbox"/> あり [頻度: 週間 / 回] <input type="checkbox"/> なし [理由:]										
㉕ 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												
㉖ 上記のとおり相違ないことを証明します。	所在地 年 月 日 ※注 医療機関名 医師氏名 電話番号 ()											

※注【医師へのお願い】 労務不能と認められた期間は、証明日以前でお願いします。未来の証明は無効となります。

委任状	㉗ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										
	被保険者(請求者)の	住所									
		氏名									
	代理人の	氏名									
住所											
	振込口座	銀行	支店	普通当座	第	号	名義				
		金庫・農協									

1枚目 (申請書は2枚一組です)

健康 保 使 用 欄	受付年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長		担 当
	傷病発生年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日				
	支給開始日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
	支給開始日	年 月 日	支給開始日	年 月 日				
	満了予定日	年 月 日	不支給有無	無・一部・全部	備考			

記入例

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	1000・99999		② 被保険者 氏 名	健保 太郎			
	③ 被保険者の 仕事内容	営業 (ルート営業)		④ 生年月日	H5 年 10 月 10 日			
	⑤ 傷 病 名	右鎖骨骨折、右足関節骨折		⑥ 発病又は 負傷の 年月日	R8 年 1 月 10 日			
	⑦ 傷病の原因・ 症状について	初回申請時は傷病の原因と症状を詳細に、2回目以降の申請の場合は⑧の期間の症状を記入してください スノーボードで転倒・負傷し、救急搬送された						
	⑧ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	R8 年 1 月 10 日から R8 年 1 月 31 日まで 22 日間						
	⑨ 障害年金または 障害手当金を受給 していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年 <input type="checkbox"/> 請求中 → 申						
	⑩ 《退職者の場合》 ※任意継続被保険者含む 老齢又は退職による公的 年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年 <input type="checkbox"/> 請求中 → 申請の前に健保までご連絡ください						
	⑪ 振込希望の 金融機関名 (被保険者の口座)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の公金口座(マイナンバーと紐づけた口座)への振り込みを希望します。 ※希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、希望しない場合は下記の口座情報を記入してください 注)公金口座の登録有無がわからない場合は、必ず下記の口座情報を記入してください						
		金融機関名	みずほ		銀行・信金	新宿		本店・支店 出張所
		口座番号 (普通)	第	9999999	号	口座名義 (カタカナ氏名)	ケンポ タロウ	
	⑫ 上記のとおり請求します。	R8 年 2 月 15 日						
	被保険者の 住 所:	〒 123-4567 東京都中央区築地●丁目●-×						
氏 名:	健保 太郎							
電話番号:	090 (1234) 5678							

【注意】公金口座=会社の給与口座ではありません!
公金口座を登録していない方がチェックをした場合は、健保で振込先がわかりません。この場合は申請書を返却し、口座情報を記入して再提出いただくこととなります(支給が遅れる原因になります) ご注意ください。

(注)申請書は2枚一組です。1枚目を記入し2枚目に医師の証明を得た上で、2枚揃えて提出してください
(健保連絡先)TEL:03-6478-1342

1枚目(申請書は2枚一組です)

申請及び記入上の注意

◆ 被保険者の注意事項

1. 請求は基本的に1ヵ月単位で行ってください。
2. 提出先
[在職者] 被保険者記入欄(1枚目)を記入し、医師に意見欄(2枚目)を記入してもらったら2枚セットで事業主に提出してください。
[退職者] 被保険者記入欄(1枚目)を記入し、医師に意見欄(2枚目)を記入してもらったら2枚セットで直接健康保険組合に提出してください。
別途添付書類を求められることがありますので健康保険組合の指示に従ってください。
3. ⑦の欄は、第1回目の申請時は「いつ、どこで、なにを、どうしているとき、どういうふうになって、どこを、どうした」というように詳しく記入してください。
4. 傷病の原因が外傷(骨折・捻挫・打撲等)によるものである場合は、別途「負傷原因報告」を求められることがあります。
5. ⑨または⑩の欄の年金(手当金)を受給している方は、年金証書またはこれに準ずる書類の写し及びその支給開始年月日を証明する書類、並びに直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等、いずれも写し)を添付してください。
また、請求中の方は受給開始となった際に傷病手当金の受給期間と重複した場合は傷病手当金の返還が生じることがあるため、「誓約書」の提出を求めます。
【提出を求める理由】
※請求している傷病手当金と同一の傷病で障害厚生・基礎年金を受給できる場合、また退職後に老齢を理由とした公的年金を受給できる場合は傷病手当金が支給されません。但し支給される年金と傷病手当金の日額を比較し、傷病手当金の方が多かった場合は差額が支給されます。
※傷病手当金を受給後に同一の傷病で障害厚生基礎年金を受給していることが判明した場合(遡り支給含む)は、年金の受給と傷病手当金の受給の重複する期間について、傷病手当金を返還する必要があります。
6. 保険給付の請求権の時効は2年となります。
7. 必要に応じて、照会等の調査を実施しますので支給決定までにお時間がかかることがあります。予めご了承ください。
8. 訂正箇所は二重線で取り消し、正しい内容を記入すると共にフルネームの署名、または押印が必要です。(修正テープ等での訂正は行わないでください)

◆ 事業主の注意事項

1. 請求期間にかかる出勤簿と賃金台帳を添付してください(月の途中からの請求の場合は請求期間が含まれる月の分を全て添付してください)
2. 被保険者の資格を喪失した後の期間に係る請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。
3. 訂正箇所は二重線で取り消し、正しい内容を記入するとともに証明者のフルネームの署名、または押印が必要です。

◆ 医師の注意事項

1. ⑳の欄について、仕事が原因と思われる場合は労災が疑われますので、㉑欄等に仕事が原因である根拠など詳細についても記入してください。
2. ㉓の欄は、治療期間でなく療養のため就労できなかったと認められる期間(証明日以前のものに限る)を記入してください。
3. ㉔の欄が0日の場合は、㉕の欄に詳しい理由と直近の診察日を記入してください。
4. 訂正箇所は二重線で取り消し、正しい内容を記入するとともに証明者のフルネームの署名、または押印が必要です。

記入漏れや不備がありますと、再提出依頼をすることになり、支給決定に時間がかかりますのでご注意ください。

○お問い合わせ先 渡辺パイプ健康保険組合 Tel:03-6478-1342

渡辺パイプ健康保険組合 R8.4