

記入例

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第 * 回）

被保険者 記号	*	会社名	*****		所属	*****	
証の 番号	*****	事業所	*****		氏名No.	*****	
傷病名	(医師の診断による病名を記入してください)				発病または 負傷の日	令和 **年 **月 **日	
発病または 負傷の原因	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病で休んだ日から記入してください ・下記 医師の証明欄の「労務不能と認めた期間」と同日を記入してください ・待期の3日間が有給休暇の場合は、その日から記入してください 				第	該当の箇所には○印をつけてください はい ← いいえ	
傷病の療養のために休んだ期間	令和 *年 **月 **日から	令和 *年 **月 **日まで	**日間		左記期間中の報酬	受けていません 受けました	
* 障害厚生年金または障害手当金を受けて 暦日を記入してください 方は、以下をご記入ください。							
※年金額等が証明できる直近の書類の写しを添付してください。							
被 保 険 者 が 記 入 する 欄	受給の原因となった傷病名	該当する方は記入してください					
	受給開始日	昭和 年 月 日	年金番号	円			
	* 老齢または退職を事由とする公的年金を受けている方、受ける予定 ※年金額等が証明できる直近の写しを添付してください						
	受給開始日	平成 年 月 日	年金番号	年金額	円		
入院したとき	医療機関の名称	*****					
	所在地	〒***** **市**区**町*-*					
	入院期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間			
上記のとおり請求いたします。							
令和 *年 **月 **日					請求書は、被保険者が自署し、必ず確認欄にチェックをしてください		この届出は、申請者本人（被保者）が作成したものに相違ありません 確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>
被保険者 住所 〒***** **市**区**町*-*							
氏名（戸籍名） 健保 太郎					塩野義健康保険組合理事長		
受 取 委 任 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入してください。 （任意継続・継続給付の方は当欄への記入は不要です）						
	令和 *年 **月 **日	被保険者氏名（戸籍名） 健保 太郎					

医 師 の 証 明	傷病名			傷病の原因			
	発病・負傷の年月日	令和 年 月 日		療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日		
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	左期間中の診療日数	日間	
	傷病の主症状および経過概要	医師の証明を受けてください					
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
	令和 年 月 日	住所（所在地）		医師の証明日より未来日の申請は受け付けできません たとえば、4/1~4/30迄の申請は、4/30以降に医師に証明を受けてからご提出ください			
		医療機関名					
		医師の氏名					

裏面は事業主が証明しますので、記入不要です

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

下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。

出勤は○、早退は●、年休は△、休日（会社が休みの日）は休、欠勤・休職等は×で表示してください。

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

記載担当者氏名：

上記期間中に報酬を支給したとき

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間

	日 額	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	備 考
内 訳	基準給与（WS手当含む）	円	円	円
	通勤費	円	円	円
	健康観察出勤手当	円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
	計			

	日 額	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	備 考
内 訳	基準給与（WS手当含む）	円	円	円
	通勤費	円	円	円
	健康観察出勤手当	円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
	計			

記載担当者氏名：

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主 住 所
名 称
氏 名

健保組合受付



注意事項・添付書類等

- * 第1回目のみ同意書を提出してください。
- * 傷病手当金は支給開始から1年6ヵ月を限度として、休んだ日1日につき直近12カ月の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2相当額・傷病手当金付加金2割が支給されます。
- * 鉛筆書、記入漏れは受け付けられません。
- * 任意継続・継続給付の方は、毎回「療養状況報告書」を提出してください。