

受付年月日	年 月 日	決 済	理事長	常務理事	事務長	担当	入力
伺 年 月 日	年 月 日						
決 裁 年 月 日	年 月 日						
支 払 年 月 日	年 月 日						
支 給 支 払 決 議 書	支 給 額	円	資格取得	年 月 日	期間	年 月	円
	支 給 内 訳	傷病手当金	円	資格喪失			
	支 給 開 始	年 月 日	標準報酬月額(平均)	円 (日額)	円		
	支 給 期 間	年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額	円 (日額)	円		
	法 定 支 給 満 了 日	年 月 日	※支給開始日から1年6ヵ月				
支 給 期 間	前 回 始 年 月 日	全 部 ・ 一 部 不 支 給	待 機	年 月 日から	日 間	円	
支 給 期 間	今 回 自 年 月 日			年 月 日まで			
支 給 期 間	前 回 始 年 月 日	全 部 ・ 一 部 不 支 給	給 与 支 給 等	年 月 日から	日 間	円	
支 給 期 間	今 回 自 年 月 日			年 月 日まで			
支 給 期 間	前 回 始 年 月 日	全 部 ・ 一 部 不 支 給	給 与 支 給 等	(理由)			
支 給 期 間	今 回 自 年 月 日						

傷病手当金請求書

(第 回 目)

被 保 険 者	(1)被保険者の記号・番号	記号	番号	(2)被保険者の業務の種類別	
	(3)事業所の名称所在地	名称	所在地		
	(4)資格を取得した年月日	年 月 日	(5)標準報酬月額	千円	
	(6)介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
	(7)発病又は負傷の年月日	年 月 日	(8)傷病名		
	(9)発病又は負傷の原因	(10)第三者行為によるものですか いいえ ・ はい			
	(11)労務に服することができなかった期間	年 月 日から	日 間		
	(12)上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日から	日 間	円	
	(13)障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	(ア)年金の種類別	障害年金・障害手当金	(イ)年金額	円
		(ウ)年金の支給事由となった傷病名			
(エ)年金を受取ることとなった年月日		年 月 日			
(オ)障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード					
(14)任意継続被保険者・資格喪失者	(ア)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 ・ 請求中 ・ いいえ	
	(イ)老齢(退職)年金の名称	(ウ)基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	(エ)受給年月日	(オ)年金額	
			自 年 月 日	円	
			自 年 月 日	円	
(15)振込先銀行	金庫銀行組合	支店	普通当座	NO.	
(16)	上記のとおり請求します。				
	〒 年 月 日				
	住所				
	被保険者の氏名				
	健康保険組合 理事長 殿				
	電話(日中の連絡先)				

被保険者の記号・番号	—	被保険者の氏名	
------------	---	---------	--

事業主が証明するところ	(17) 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間		
	(18) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 (月 日支払)	日額 金 円
		(イ) 一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 (月 日支払)	日額 金 円
		(ウ) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨			
	(19) 上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日	
	事業主 住所 氏名	Ⓜ	電話	— —	

療養を担当した医師が意見を書くところ	(20) 傷病名		(21) 発病又は負傷の原因	
	(22) 発病又は負傷の年月日	年 月 日	(23) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	(24) 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(25) 診療実日数 日間
	(26) 傷病の主症状及び経過概要			
	(27) 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院費用の別
(28) 上記のとおり相違ありません。				年 月 日
	医師 住所(所在地) 医療機関名 氏名	Ⓜ	電話	— —

委任状	(29) 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	金	年 月 日	請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。	
	年 月 日	被保険者(請求者)の	住所 氏名	Ⓜ
		代理人の	住所 氏名	Ⓜ

(30) 振込先銀行	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座	NO.						
------------	----------------	----	----------	-----	--	--	--	--	--	--

領収書	(31) 金	円也 但し	年 月 日
	うえの金額を領収いたしました。		
	健康保険組合理事長 殿		
	受領者	住所 氏名	印

傷病手当金の請求にあたり、ご確認ください

傷病手当金は、病気やケガの療養のため仕事を休み、給料を受けられないときや減額されたときに、1年6ヵ月の範囲で支給されるものです。下記をよく確認した上で、請求してください。
なお、請求内容に疑義が生じた場合は、書面・電話等による確認や、関係機関に対し照会をすることがあります。

支給を受けるときの条件

1. 業務外の病気・ケガのために療養していること
業務上・通勤途上・交通事故等第三者行為によるものは傷病手当金の対象にはなりません
2. 仕事につけないこと
休んだ期間に対して医師の証明が必要です
3. 連続する3日を含み4日以上仕事を休んだとき
3日間は待機期間として支給されません
4. 給料が支払われていないこと
事業主から給料が支払われている場合、その額が傷病手当金より多いときは支給されません
(給料のほうが少ないときは、その差額だけ支給されます)

注) 障害年金等を受けるときは、傷病手当金との差額調整を行います
「年金裁定通知書」又は「年金額通知書」のコピーを添付してください

支給期間は最長1年6ヵ月間

同一の疾病やケガ(病名が違っても関連するものを含む)につき、その支給をはじめた日から1年6ヵ月が支給期間となります

注) 資格喪失後の継続支給
1年以上継続して被保険者(任意継続は除く)だった人が、退職などにより被保険者の資格を失ったとき、傷病手当金を受けているか、受ける条件を満たしている場合は、資格喪失後も期間が満了するまで傷病手当金が受けられます

提出期限と支払日

傷病手当金請求書の受付日により、原則、以下の通りお振込みいたします
長期になる場合は、1ヵ月分(1日～月末)毎に申請ください

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 10日までの受付け | ⇒ 当月25日に振込み |
| <input type="checkbox"/> 11日から25日までの受付け | ⇒ 翌月10日に振込み |
| <input type="checkbox"/> 26日から翌月10日までの受付け | ⇒ 翌月25日に振込み |

注) 書類記載不備や審査によって支給が遅れることがあります

注意事項

1. 医師の記入欄や、記入もれがないか確認の上提出してください(『事業主が証明するところ』は不要です)
2. 未来の請求はできません
3. 健康保険組合で請求書の内容を確認し、本人の申請期間、会社の労務に服しなかった期間、医師の証明期間の合致した期間について、傷病手当金を支給します