

傷病手当金請求書 (第 回目)

1 記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項にご記入ください。
 2 記入事項(特に日付等)の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。(請求の際は、給与の締日で区切って申請してください。)
 3 傷病手当金は、生活保障ですので、一ヶ月ごとにご請求してください。(請求の際は、給与の締日で区切って申請してください。)
 4 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任をしてください。(29欄の委任状に被保険者(受給権者)の印を捺印してください。)
 5 「※」は、記入しないでください。

① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者(請求者)		(印)
		氏名と印		
		生年月日		昭(5)・平(7) 年 月 日生
③ 被保険者(請求者)住所		電話 — —		
④ 事業所名所在地		電話 — —		
		⑤ 標準報酬月額 千円	⑥ 被保険者の職種	
傷病名	発年月日	年 月 日	傷病名	発年月日
	年 月 日	年 月 日		年 月 日
⑦ 発病・負傷の原因又は傷病の経過を詳しく書いてください。		⑦ ① いつ 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃		
		① どこで (だれか・なにをして・どうした等できるだけ詳しく記入してください。)		
		② その時の状況		
⑧ 疾病・負傷の療養のため休んだ期間		自 年 月 日	至 年 月 日	⑨ 第三者行為によるものですか。 いいえ ・ はい
⑩ 上記の期間中出勤した月日		⑪ 上記の期間中有給休暇を取った月日		
⑫ 上記期間中賃金、その他の手当を受け又は受けとることができたか。(○印で囲んでください。)		⑬ 賃金、手当を受けた時は支払基礎期間とその額		年 月 日から 年 月 日まで 円
⑭ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。		⑮ 左(⑭)の原因となった傷病名および種類	⑯ 障害年金証書の記号番号	⑰ 年 金 額
いいえ ・ はい ・ 申請中		年金 ・ 手当金		円
⑱ 老齢又は退職を事由とする公的年金受給していますか。		⑲ 基礎年金番号・年金コード	⑳ 年 金 額	
いいえ ・ はい ・ 申請中				円

⑯ 労務に服さなかった期間(休日も含む)		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
⑰ 出勤日は○で、有給は△で、公休日は□で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。		⑱ 給与計算の日	⑲ 給料支払日
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	日	日
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	⑳ 計	日 日
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		
⑳ 上記期間中の分として賃金手当の全部又は一部支給した場合は、又は支給する場合		基本給	円
		円	円
		円	円
		円	円
㉑ 上記期間中の賃金・手当を		支給した・支給しない・将来支給する・将来も支給しない	
㉒ 上記のとおり相違ない事を証明します		受付日付印	
事業所名称		平成 年 月 日	
所在地			
事業主氏名		(印) 電話 — —	

請求のときは、該当期間の賃金台帳(写)、出金簿(写)、を添付してください。
 欠勤控除がある場合はその計算式(計算方法)を余白にご記入ください。

⑳ 傷病名			
㉑ 発病又は負傷年月日	年 月 日	㉒ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
㉓ 発病又は負傷の原因			
㉔ 労務不能と認められた期間	年 月 日 日間	㉕ 左記期間中の診療実日数	日間
㉖ 傷病の主状態及び経過の概要 症状の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な所見(くわしく記入ください)			
㉗ 上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日 日間	㉘ 入院費用の別(○印で囲んでください)	健保・公費 自費・その他
㉙ 上記のとおり相違ありません。	平成 年 月 日		
住所			
医師 医療機関名			
氏名	(印)		
	電話 — —		

㉚ 本請求書に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。	平成 年 月 日
被保険者住所 (請求者) 氏名	(印)
委任された方の住所 (事業主又は代理人) 氏名	
給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主又は代理人に受領委任してください。 〔被保険者(受給権者)の印を捺印してください。〕なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)本人送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。	

第1回支給開始年月日	年 月 日	法第108条該当	
一部控除	月 日～ 月 日	円	
支給期間	年 月 日～ 年 月 日		
入院期間	年 月 日～ 年 月 日		
有給・出勤	月 日～ 月 日	日間	

【記入上の注意】

《被保険者記入欄》

- ②欄は、被保険者（請求者）が自ら署名する場合には、被保険者（請求者）の捺印は不要ですが、被保険者の死亡後に請求する場合には、請求者の氏名（捺印）・住所をご記入ください。
なお、請求者が被扶養者でなかった場合は、被保険者との関係を確認するため、戸籍謄本（写）および住民票（写）を添付してください。
- ⑦の欄は発病・負傷の原因又は傷病の経過を詳しくご記入ください。
特に外傷性の傷病の場合は、状況（いつ・どこで）、傷病の原因（その時の状況）、⑨の欄「第三者行為によるものであるのか。」を必ずご記入ください。
なお、第三者行為による傷病の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の届出が必要になりますので、当組合まで、必ずご連絡ください。
（※第三者行為とは：交通事故や、傷害事件などのように他人の行為が原因で負傷したり、病気になったりすることを第三者行為といいます。）
- ⑧の欄「疾病・負傷の療養のため休んだ期間」は、被保険者（請求者）がご記入ください。
なお、「疾病・負傷の療養のため休んだ期間」は、⑩の欄および㉕の欄と一致するようにご記入ください。
- ⑭、⑮の欄で、障害厚生年金（障害手当金）・老齢年金等公的年金を受給している場合は、直近の振込通知書（写）並びに裁定通知書（写）を添付してください。
- 退職（資格喪失）後も引き続き傷病手当金の給付を受ける場合は、「雇用保険」との併給を確認するため、「雇用保険受給期間延長通知書」（写）を添付してください。
- 「被保険者記入欄」に訂正がある場合は、被保険者（請求者）の訂正印が必要となります。

《事業主記入欄》

- ⑯の欄「労務に服さなかった期間」は、⑧の欄および㉕の欄と一致するようにご記入してください。
- ⑰の欄は、該当期間に係る給与計算月すべてを対象に、出勤した日は○、有給日は△、公休日は□、欠勤日は／の符号でマークしてください。なお、給与計算の〆日、給与支払日は必ずご記入ください。
- ⑱の欄は、給与支払のあるときにご記入ください。
なお、手当の種類が多い場合は、お手数ですが2段にご記入ください。
- ⑲の欄は、該当するものに○で囲んでください。
- 「事業主記入欄」で訂正がある場合は、事業主の訂正印が必要となります。
- 請求のときは、該当期間の賃金台帳（写）、出勤簿（写）を添付してください。なお、添付される際は、その余白に欠勤控除等の給与計算式をご記入ください。
- 傷病手当金請求書は、当該期間に係る給与計算〆日（給与支払日）以降にご申請ください。

《医師記入欄》

- ㉓の欄は、療養の給付の開始日をご記入ください。なお、療養の給付の開始日が、前症と関連性（継続性）等因果関係がある疾病のときは、前症の療養の給付の開始日をご記入ください。
- ㉔の欄は、療養のため、実際に労務不能であると認める期間をご記入ください。
- ㉕の欄は、「傷病の主状態」、「経過の概要」、「症状の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な所見」につてできるだけ詳しくご記入ください。
なお、「療養担当規則第10条該当」（闘争、泥酔、著しい不行跡による負傷発病）の場合は、その旨詳細にご記入ください。
- 「医師記入欄」で訂正がある場合は、療養を担当した医師の訂正印が必要となります。

《委任状欄》

- 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。（捺印を忘れないでください。）
- 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）本人送金を希望される場合は、「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

【傷病手当金の支給要件等について】

I. 支給条件について

支給が受けられるのは、下記の4つのすべての条件に該当したときです。

- ①病気・けがのための療養中のとき
医師の指示のもと病気・けがのため療養しているのであれば、自宅療養でもよいことになっています。
- ②療養のために仕事につけなかったとき
病気・けがのために、今までやっていた仕事につけない場合をいいます。（傷病手当金請求書に医師による労務不能証明が必要です。）
- ③連続4日以上休んだとき
3日以上連続して休んだ場合で、4日目から支給されます。はじめの3日間は待期といい、支給されません。
- ④給料などをもらえないとき
給与（各種手当なども含む）を受け取っていても、その額が傷病手当金より少ないときは、差額が支給されます。

II. 支給期間について

支給される期間は、支給開始日から、最長で1年6ヵ月間です。途中具合がよくなったため出勤した日があっても、支給開始の日から1年6ヵ月を超えた期間については支給されません。

III. 各種給付金との併給について

- ①失業給付を受ける方
雇用保険の失業給付を受ける方は、傷病手当金を受けることができません。
- ②出産手当金を受ける方
傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合であっても、出産手当金のみが支給されます。
- ③老齢年金などを受ける方
退職後も継続して給付を受けている方が、老齢厚生年金などを受けられるようになった場合は、その額が傷病手当金より少ないときのみ差額が支給されます。
- ④傷害年金などを受ける方
障害厚生年金（障害基礎年金含む）、障害手当金を受けられるようになった場合は、その額が傷病手当金より少ないときのみ差額が支給されます。

IV. 時効について

保険給付を受ける権利の消滅時効は2年となっています。保険給付の申請がされなかった場合、2年が経過すると時効となり給付を受ける権利を失うことになります。
（※起算日の計算は労務につかなかった日ごととし、その翌日が起算日となります。）