

記入例

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第 1 回)

				令和 年 月 日提出
被保険者 記号・番号	12—345678	事業所の 名称	〇〇薬品工業株式会社	
被保険者の氏名	健保 太郎	所属・ 電話番号	△△部〇〇課 (999)9999	
〒 000-0000 〇〇市△△区××町1-1		99(999)9999		
医師の診断による病名ご記入ください。				
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 1 年 5 月 10 日	
発病の状態又は負傷の原因を詳しく	自宅階段で足を踏み外し転倒したため	第三者の行為(交通事故など)による傷病ですか (はいの場合、別途届出が必要です)	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい	
		業務上の傷病ですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい	
		通勤途上の傷病ですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい	
傷病欠勤で休んだ日からご記入ください。待機の3日間が有給休暇等の場合は、その日にちからご記入ください。				
病気またはけがのため休んだ期間	令和 1 年 5 月 10 日から 令和 1 年 5 月 31 日まで	暦日をご記入ください。 22	傷病欠勤で休んだ日からご記入ください。待機の3日間が有給休暇等の場合は、その日にちからご記入ください。	
上記に記載した期間に報酬を受けましたか。又は、受けられますか。	<input checked="" type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けない	今後受ける予定 今後受けられない予定	報酬の支払を受けた(今後受ける予定)ときはその期間	令和 1 年 5 月 10 日から 令和 1 年 5 月 12 日まで
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか(受給している場合は、年金額を証明するものを添付のこと)	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ 請求中 ・ はい	同一の傷病について障害厚生年金、障害手当金を受けることになったときは、傷病手当金を支給いたしません。ただし、障害厚生年金、障害手当金の合計額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額を支給します。		
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(受給している場合は、年金額を証明するものを添付)	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ 請求中 ・ はい	退職後に傷病手当金の継続給付を受けている人が老齢厚生年金の受給者になったときは、傷病手当金を支給しません。ただし、年金額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額を支給します。		
入院したとき	病院診療所の名称・所在地	〇〇外科病院 〇〇市△△区××町1-3-1		
	入院期間	令和 1 年 5 月 10 日 から 令和 1 年 5 月 16 日まで 7 日間		
振込先の確認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後 <input type="checkbox"/> にチェック[<input checked="" type="checkbox"/>]を付けてください。)			
	<input type="checkbox"/>	在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座		振込み先を必ず確認して <input type="checkbox"/> にチェック[<input checked="" type="checkbox"/>]をご記入ください。
	※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[<input checked="" type="checkbox"/>]してください)			
	公金受取口座をご利用の場合は下記にご留意ください。			

◎武田薬品の方は、本社人事課へ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。
◎任意継続・継続給付の方は、「日常生活療養状況申立書」と初回申請時に「同意書」の提出をお願いします。
◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。
登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

記号 番号	12-345678	被保険者 氏名	健保 太郎	こちらに記号番号と氏名をご記入ください。
----------	-----------	------------	-------	----------------------

事業主が記入するところ	傷病により労務に服さなかつた期間	傷病欠勤で休んだ日からご記入ください。待機の3日間 が有給休暇等の場合は、その日にちからご記入ください。		月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで ○○ ○ 日間																												
	上記期間中に報酬を支給したこと (支給すべきものであること)	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで ○○ ○ 日間																														
	上記期間に支給した報酬額	円	報酬日額	円																												
	賃金の種類(該当するものに○)	月給・日給月給・日給・時給・その他()																														
	報酬を支給した場合は傷病手当金と調整しますので、実際の支給額及び賃金の種類をご記入ください。																															
下記の欄は労務に服さなかつた期間の勤怠をご記入ください。 欠勤・休職等は×、出勤は○、有給休暇(年休・特休等)は△、休日(会社が休みの日)は休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																																
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ○年 ○月 ○日 事業主の所在地 名称 氏名 電話 ()																																
勤怠状況および報酬の支払いに関し、事業主の証明が必要です。																																
療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名	頭部裂傷、腰部骨折																														
	発病又は負傷の年月日	令和 1年 5月 10日	療養の給付を開始した年月日	令和 1年 5月 10日																												
	発病又は負傷の原因	自宅階段で足を踏み外し転倒したため																														
	労務不能と認めた期間	令和 1年 5月 10日から 令和 1年 5月 31日まで			22 日間																											
	上記期間中に入院した	令和 1年 5月 10日から 令和 1年 5月 16日まで			7 日間																											
	*受診日に○をしてください。																															
	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																																
傷病の主状態及び経過概要																																
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 医療機関名 氏名 電話 ()																																
療養に関し、医師の意見と証明が必要です。																																
Ⓧ[自署の場合は押印不要]																																

<事業主の方へ>

- 「傷病により労務に服さなかつた期間」の報酬額(無い場合も含む)が確認できる給与明細等を提出いただく場合があります。
- 被保険者の資格喪失後の期間については事業主の証明は必要ありません。
- 事業主欄の訂正箇所には事業主の印を押印してください。

<医療機関の方へ>

- 労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
- 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。
- 上記医師意見書欄と同一様式であれば、診断書作成システム傷病手当金請求書の添付でも結構です。