

(令和6年12月改定)

被保険者番号に替えて個人番号により申請する場合は余白へ記入ください。(被保険者番号記入の場合は不要です。)個人番号を省略した場合は、個人番号、本人確認等をするための添付書類(個人番号記載住民票の写等)が必要です。

健康保険組合			受付日	入力受付No	事業主健保所管箇所		
常務理事	事務長	担当者			長	長	担当者

【用紙は「A3サイズ」で出力の上、1ヶ月毎に1枚ご記入ください】

被 保 険 者 記 入 欄	支給額	円	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	
	支給期間	平成 年 月 日から 日 まで	資格取得日	昭平 年 月 日	資格喪失日 在職時の事業所	平成 年 月 日	
	法定給付 計算式	×2/3=		開始年月日	平成 年 月 日	支給累計日数	日
		( ) × 日		総支給日数	日	支給残日数	日
<備考> <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 給付実績(有・無) <input type="checkbox"/> 不支給決定通知(要・否) <input type="checkbox"/> 資格喪失後の給付							

【注意】下記に記載した内容について、後日、虚偽および誤記載であることが判明した場合、遡って支給した金額をお返しいただくこととなります。記載誤りや記入漏れ等がないよう十分に確認していただき、正しい請求をお願いします。

## 傷病手当金請求書

①	年 月 分	第 回目	【初回請求の方は、「同意書」も必ず提出してください】				
②	被保険者番号	フリカナ氏名	※自筆で署名する場合には、押印は不要です				
	生年月日	昭平 年 月 日 (満 歳)	現在の住所				
③	傷病名		④発病または負傷年月日	平成 年 月 日			
⑤	傷病の事由		<input type="checkbox"/> 通勤災害 <input type="checkbox"/> 業務上災害 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者による行為 <input type="checkbox"/> 不詳		左記以外の事由		
⑥	労務に服し得なかった日「【】内の中で労務不能であった日に○をつけてください」 ※労務不能日とは、休日を問わずご自身が労務し得る状態になかった日のことであり、休日＝労務不能日ではありません。記入にあたってはご注意ください。 【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】・【全日】 計 ( ) 日間						
⑦	【初回のみ記入】 上記③に記載した傷病名で、以前に他の健康保険組合から傷病手当金を受給したことがありますか		ある・ない	ある場合、支給元の健康保険組合を記入してください(協会健保は支部名も)		[ ]健保組合 [協会けんぽ 支部]	
⑧	上記⑥にて○をつけた期間の分の報酬(給与・通勤費等)を受けましたか?		受けた ・ 受けていない				
⑨	現在公的年金等を受給されていますか?		受給していない・受給予定・受給中 ※受給予定・受給中の場合は、⑪へ				
⑩	現在、③と同一の傷病について、労災保険を受給されていますか?		受給していない・受給予定・受給中 ※受給予定・受給中の場合は、⑪へ				
⑪	受給されている(受給予定のある)方は、右記種別を選択してください。※別途詳細を確認することがあります。		a. 障害厚生年金 b. 障害基礎年金 c. 障害手当金 d. 老齢基礎(厚生)年金 f. 休業(補償)給付(労災)				
⑫	会社を退職された方は、右記の雇用保険の失業給付に関する内容を一読し、同意する旨のチェック☑を記入してください。(失業保険と傷病手当金は重複受給できません)		下記内容に同意します。☐ ←チェック記入要 『雇用保険の失業給付を受給する場合は、遅滞なく健保組合へ報告するとともに、重複支給が明らかになった場合は、給付開始日に遡って取り消されても異議ないことに同意します。』				

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

療 養 担 当 医 師 証 明 欄	被保険者氏名(患者氏名)	<記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい>				
	傷病名	発病または負傷の原因				
	発病または負傷年月日	平成 令和 年 月 日	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 令和 年 月 日		
	労務不能と認められた期間	平成 令和 年 月 日 から 日 まで	日間	左記期間中の診療実日数(入院期間含む)		日
	上記のうち入院した期間	平成 令和 年 月 日 から 日 まで	日間			
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等、詳しくご記入ください。						
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な所見を詳しくご記入ください。(当月の診療実日数が「0日」の場合「労務不能状態であった」と判断された根拠を詳しくご記入ください)						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 ※押印(肉印)を省略する場合、医師の氏名は、直筆での記入にご協力ください。 住 所(所在地) 医 療 機 関 名 医 師 氏 名						

<記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名(サイン)をご記入下さい>

被 保 険 者 ( 本 人 ) 記 入 欄	①	年 月 分	通勤費・通信費の支払いの有無(有・無)												
		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
	②	曜日													
		(7)勤務の状況													
	③	(4)報酬の支払状況													
		(9)労務に服さなかった日で報酬の一部を支払った場合の日額													
	④	日	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
		曜日													
	⑤	(7)勤務の状況													
		(4)報酬の支払状況													
	⑥	(9)労務に服さなかった日で報酬の一部を支払った場合の日額													
		日	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(4)欄の合計日数			
⑦	曜日														
	(7)勤務の状況														
⑧	(4)報酬の支払状況														
	(9)労務に服さなかった日で報酬の一部を支払った場合の日額														
⑨		(注)上記期間に対して支払った報酬合計額及び支払い日数	円 [ ] 日					給与形態	月給制・日給制・時給制						

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

この届出については、次の①または②の要件を満たしたものです。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名