

「傷病手当金請求書」 記入の手引き <被保険者用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 事業主へ提出する日を必ず記入ください。
- ② 必ず記入ください。
- ③ 必ず記入ください。
- ⑩ 不明確の場合は「不明」をご記入ください。
- ⑪ 外傷の場合：どこで何をしていた時等、具体的にご記入ください。
病気の場合：判明してる範囲で記入し、不明確の場合は「不詳」とご記入ください。
- ⑫ 交通事故等、第三者の行為により怪我をした場合には「はい」にチェック (✓) をつけてください。
この場合、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑬ 「はい」の場合は、労災保険適用になる場合があります。
傷病手当金受給後に労災保険が認定されますと、それまで支給した傷病手当金は返金いただく事になります。
- ⑭ 療養のため労務に服することができなくなった期間とその日数を（公休日を含む）ご記入ください。
- ⑮ 「はい」または「請求中」の場合は、下記〔添付書類〕に記載しています書類を提出してください。
- ⑯ 給付金は給料に含めて事業所（会社）より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、ご記入ください。
退職予定の場合は、事業所（会社）担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
- ⑰-1 老齢年金等の公的年金を受給していますかで、「はい」または「請求中」の場合は、下記〔添付書類〕に記載しています書類を提出してください。
- ⑰ 退職者または⑯の委任状が不要の方は、振込希望先（被保険者名義）をご記入ください。
(注) 被保険者が死亡した場合は、相続人の振込先をご記入ください。
相続人が当組合の被扶養者でない場合は、被保険者との続柄が確認できる書類を提出してください。（例えば「戸籍謄本」等）
- ⑱ 必ずご記入ください。

〔被保険者添付書類〕

※いずれの場合も写し（コピー）をお願いします。

	該当する項目	添 付 書 類
⑮	「はい」の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金保険障害年金証書または障害手当金決定通知書 ・給付額と支給開始年月日を証明する書類 ・直近の額を証明する書類（例えば、「年金振込通知書」）
	「請求中」の場合	手続完了後、上記「はい」の場合と同じ書類
	(注) 上記⑮の年金額に変更があった場合は、「年金額改定通知書」を提出ください。	
⑰-1	「はい」の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金保険証書 ・直近の額を証明する書類（例えば、「年金額改定通知書」）
	「請求中」の場合	手続完了後、上記「はい」の場合と同じ書類
	(注) 上記⑰-1の年金額に変更があった場合は、「年金額改定通知書」を提出ください。	
⑰-2	雇用保険失業給付について	退職後に傷病手当金を引き続き請求する場合は、雇用保険受給期間延長手続きを行い、「受給期間延長通知書」を提出してください。

「傷病手当金請求書」 記入の手引き <事業主用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 勤怠簿に基づいて正しくご記入ください。
- ② ①の期間中で有給休暇(半休含む)した日があれば、その日付をおよび取得実日数をご記入ください。
- ③ ①の期間中で出勤(リハビリ勤務含む)した日があれば、その日付をおよび出勤実日数をご記入ください。
- ④ ①の期間中の欠勤した日に対して支払われている(これから支払われる)給与や諸手当があればご記入ください。

◇事業主による確認欄について

必ずチェックをお願いします。

- ・本件問合せ連絡先の記入をお願いします。
- ・太枠以外の内容で、連絡事項等ありましたらご記入ください。

【事業主添付書類】

※いずれの場合も写し(コピー)をお願いします。

項目	添付書類
1回目の請求	①の期間中に対する勤怠簿(写)を添付してください。
2回目以降の請求	②または③が発生する場合も勤怠簿(写)を添付してください。

傷病手当金請求書 <事業主記入用> **2枚目**

⑦被保険者等	記号	番号	被保険者氏名	
⑧ 労務に服さなかった期間	令和 6 年 9 月 1 日から		令和 6 年 10 月 10 日まで	40 日間
⑨の期間中有給を取得した日(半日取得含む) ※具体的な日付を記入してください				
⑨	記入例: 9/5, 9/10~12			取得実日数 4 日
⑩の期間で出勤した日(リハビリ勤務含む) ※具体的な日付を記入してください				
⑩	記入例: 9/13, 9/17~20, 9/24~27, 9/30, 10/1~4, 10/7~10			出勤実日数 18 日
⑪の期間で⑨および⑩を除いた期間に係る報酬状況 ※⑨の期間で欠勤した日に対して報酬があれば記入ください				
報酬内容(1か月分)		9 月分	10 月分	月分
賃金支給額		0 円	0 円	円
通勤手当		23,500 円	0 円	円
⑫ 食事手当		2,000 円	0 円	円
⑬ 単身赴任手当		15,000 円	15,000 円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
計		40,500 円	15,000 円	円
上記のとおり間違いのないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

※1 第1回目の請求時は、勤怠簿(写)を添付してください。

※2 2回目以降であっても、申請期間中に有休取得・出勤および請求期間が継続していない場合も添付してください。

事業主による確認欄(必ずチェックをしてください)

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出について、⑨又は⑩の要件を満たしたものである。 ⑨申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ⑩記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

本件問合せ連絡先	担当者名		(必ず記入してください)
	TEL		

他に連絡事項があれば記入してください ※この欄の訂正は、担当者印による	記入例 (第1回提出で勤続年数が浅い場合) 「〇〇年新卒採用者」「〇〇年中途採用者」等 (その他) 「10/11復職」「〇/〇休職」「〇/〇付退職、事業主へ振込」等
--	---

「傷病手当金請求書」 記入の手引き <医師（療養担当者）用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ㉓ 複数の傷病名がある場合は、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
また、その傷病の初診の日をご記入ください。
- ㉔ 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。
- ㉕ 病状および経過、労務不能と認められて医学的な所見を詳しくご記入ください。

□には該当する方に☑を付してください。

傷病手当金請求書 < 医師（療養担当者）記入用 > **3枚目**

3. 記入方法は、この欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。訂正印を押印していただく場合は、「記入の手引き」を確認してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません）

① 患者氏名	② 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
③ 傷病名	(1)	初診日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	(2)		<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	(3)		<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
④ 発病または負傷の年月日		⑤ 発病または負傷の原因	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
⑥ 労務不能と認められた期間			令和	年	月	日から
⑦ 入院期間			令和	年	月	日まで
⑧ ⑤の期間中の診療実日数		日	① 転帰	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 中止	② 療養費用別
			<input type="checkbox"/> 帰郷	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医	
						<input type="checkbox"/> 自費
						<input type="checkbox"/> その他
						<input type="checkbox"/> 公費()
⑨ 傷病の主症状および傷病の経過概要						
手術名		手術年月日	令和	年	月	日
⑩ 人工臓器の装着等について						
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> 人工透析						
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー						
<input type="checkbox"/> その他 ()						
装着年月日 令和 年 月 日						
上記のとおり間違いないことを証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関所在地						
医療機関						
医師の						
電話番号						

字句の訂正方法
い
医師印
~~あ~~

㉔欄の期間より前の日付での証明は受付できません。
例：㉔欄の期間が、令和3年10月1日から令和3年10月31日までの場合
証明年月日は、令和3年10月31日の同日かそれ以降の日付