

# 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

この用紙はA3サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

被 保 険 者 の 請 求 者 （ 請 求 者 ）	① 被保険者の記号・番号 記号 一 番号		② 被保険者(請求者)の氏名		③ 被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日	
	④ 被保険者(請求者)住所 〒 ー		⑤ 事業所名 電話 ( )			
傷 病 名	⑥ 被保険者の業務内容 退職している場合は退職前の業務		⑦ 傷病名 1) 2) 3)			
	⑧ 発病または負傷年月日 1) 平成 年 月 日 2) 平成 年 月 日 3) 平成 年 月 日					
	⑨ 発病または負傷の原因および傷病の経過 (負傷の場合は詳細に) (いつ) 平成 年 月 日 午前 午後 時 分頃 出勤前 通勤途中 仕事中 帰宅後 休日 (どこで、何をしていた、どのように) (該当するものを○で囲んでください)		⑩ 療養のために休んだ期間(請求期間) 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 ただし、左の期間のうち出勤した日(具体的な日付) 日間 ただし、左の期間のうち有給休暇をとった日			
⑪ 上記の請求期間に報酬を受けましたか 7. 全部受けた(受けられる) 8. 一部受けた(受けられる) 9. 受けられない		報酬を受けた(受けられる)場合はその期間と金額 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円		⑫ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか はい 申請中 いいえ 受給または申請の原因となった傷病名		
⑬ ⑫について、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 円		⑭ ⑫について、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 円				
⑮ ⑭について、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 円		⑯ 介護保険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				
給 付 金 の 受 領 方 法	⑰ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。 令和 年 月 日 被保険者住所 (請求者)氏名 委任された方住所 氏名 被保険者との関係					
	⑱ 振込指定口座 銀行 信用金庫 支店 普通 当座 店番 ( ) 左づめでご記入ください フリガナ 口座番号 口座名義		【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限りです】 受付年月日			
⑲ 備考 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、この備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。)						

第1回目の請求のときは請求期間とその前1か月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑳ 労務に服さなかった期間(休日も含む) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		㉑ 勤務状況 出勤日は○で、有給は△で、公休日は□で、欠勤日は/でそれぞれ表示してください 出勤 有給	
	令和 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		令和 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	
	令和 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		㉒ 報酬の支給形態 ㉓ 締日・支払日 ㉔ ㉑の期間に対して賃金を支給しましたか(支給しますか)	
	7.月給 8.日給 9.月給 10.日給 11.時給 12.その他 ( )		締日 日 支払日 当月 翌月 日	
	・基本給は、ア.全部支給した(する) イ.一部支給した(する) ウ.支給しない		・諸手当は、ア.全部支給した(する) イ.一部支給した(する) ウ.支給しない	
	㉕ 支給した(する)賃金内訳		㉖ 欠勤控除の計算方法等についてご記入ください。	
	期間 欠勤がない場合の1か月の支給額		月 日～ 月 日～ 月 日～ 月 日分 月 日分 月 日分 支給額 支給額 支給額	
	基本給 円		円 円 円	
	家族手当 円		円 円 円	
	役付手当 円		円 円 円	
手当 円		円 円 円		
手当 円		円 円 円		
手当 円		円 円 円		
通勤手当 円		円 円 円		
計 円		円 円 円 円		
㉗ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 円 ー 担当者氏名		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )		
療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	㉘ 労務不能の原因となった傷病名		㉙ 療養の給付開始年月日 平成 年 月 日	
	1) 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	2) 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	3) 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	㉚ 発病または負傷の原因		㉛ 左記期間中の診療実日数 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	㉜ 労務不能と認められた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		左記期間中の入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
㉝ 療養費用の別 1.健保 2.公費 3.自費 4.その他 ( )		㉞ 転帰 1.治癒 (月 日) 2.中止 3.継続 4.転医		
㉟ ㉑の期間における「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)				
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				
就労の見込みについて (7. 月 日頃から就労可能の見込 イ.現時点では不明)				
㉟ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき 実施日 平成 年 月 日		人工臓器等の種類 1.人工透析 2.人工肛門 3.人工関節 4.人工骨頭 5.心臓ペースメーカ 6.その他 ( )		
㊱ 上記のとおり相違ありません。 円 ー		令和 年 月 日		
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名		電話 ( )		

記入するときの注意事項

被保険者（請求者）が記入するところ

- ②の欄は、被保険者の死亡後に相続人が請求者となる場合は、被保険者と請求者の氏名を記入してください。  
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、戸籍謄本等を添付してください。
- ⑥の欄には、あなたがしている（していた）仕事の種別を具体的に（経理事務、営業、製造作業、システムエンジニアなどのように）記入してください。
- ⑨の欄は、傷病の原因が外傷性である場合はできるだけ詳しくご記入ください。  
なお、傷病の原因が第三者行為（交通事故・けんか等）である場合は、別途第三者行為による「負傷届」の提出が必要となりますので、健康保険組合にご連絡ください。
- ⑩の欄の請求期間は、公休日も含めた通算期間を記入してください。  
⑩の請求期間に出勤した日がある場合、また有給休暇をとった日がある場合は、「ただし、」の欄に“10/3, 10/4”のように具体的な日付を記入してください。
- ⑪の欄は、⑩の請求期間における報酬について、ア.からウ.のうち該当するものを○で囲み、請求期間中に報酬（通勤手当など諸手当の一部も含まれます）を受けた（受けられる）場合はその期間と金額を記入してください。
- ⑫と⑬の欄は、傷病手当金と同じ傷病で障害厚生年金または障害手当金を受けている場合は記入してください。  
なお、障害厚生年金を受けている場合は、障害厚生年金（同一の支給事由で障害基礎年金を受けているときは、障害厚生年金と障害基礎年金）の年金証書（写）及び支払通知書等（写）を添付してください。  
また、障害手当金を受けているときは、障害手当金支給決定通知書（写）を添付してください。
- ⑭と⑮の欄は、退職後に老齢又は退職を事由とする公的年金を受けている場合は記入し、直近の年金証書（写）及び支払通知書等（写）を添付してください。（⑩の請求期間が在職中の場合は、記入・添付の必要はありません。）
- 支給決定にあたって、さらに療養状況等を詳しくお聞きしたり、別途必要な書類をご提出いただく場合がありますので、あらかじめご承知おきください。
- 「療養を担当した医師が意見を書くところ」が外国語で記入されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名・住所を記載し押印したもの）を添付してください。
- 傷病手当金は生活保障となるものですから、なるべく1か月ごと（例：賃金計算の締日ごと）に請求するようにしてください。
1. 保険給付を受ける権利は、2年が経過すると時効となり消滅します。傷病手当金の時効は、労務不能であった日ごとにその翌日が時効の起算日となります。

事業主が記入するところ

（記入例）

事業主が記入するところ	⑫ 労務に服さなかった期間（休日も含む）	令和 6 年 3 月 22 日 から 令和 6 年 4 月 15 日 まで 25 日間																																
	⑭ 勤務状況	出勤日は○で、有給日は△で、公休日は□で、欠勤日は／でそれぞれ表示してください											出勤	有給																				
証明するところ	令和 6 年 3 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	3	2
	令和 6 年 4 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	0	0
証明するところ	⑮ 報酬の支給形態	⑯ 締日・支払日	⑰ ⑰の期間に対して賃金を支給しましたか（支給しますか）																															
	⑰ 月給 イ.日給 エ.時間給 オ.その他	⑱ 締日 ⑲ 支払日	⑳ ⑳の期間に対して賃金を支給しましたか（支給しますか）																															
証明するところ	⑳ 支給した（する）賃金内訳	欠勤がない場合の1か月の支給額	3 月 16 日～ 4 月 15 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	㉑ 欠勤控除の計算方法等についてご記入ください。																												
	基本給	200,000 円	50,000 円	円	円	欠勤控除は、 基本給 200,000 ÷ 20 × 15 = 150,000 役付手当 30,000 ÷ 20 × 15 = 22,500 その他の手当は満額支給																												
証明するところ	家族手当	20,000 円	20,000 円	円	円																													
	役付手当	30,000 円	7,500 円	円	円																													
証明するところ	住宅手当	10,000 円	10,000 円	円	円																													
	手当	円	円	円	円																													
証明するところ	賃金内訳	手当	円	円	円																													
	通勤手当	15,000 円	15,000 円	円	円																													
証明するところ	計	275,000 円	102,500 円	円	円																													
	⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 6 年 5 月 7 日	担当者氏名	関西 文子																														
証明するところ	事業所所在地	〒 542 - 0061 大阪市中央区安堂寺町 2 - 4 - 1 4																																
	事業所名称	関西文紙情報産業株式会社																																
証明するところ	事業主氏名	関西 文男																																
	電話	06 ( 6765 ) ****																																

- 被保険者がすでに退職している場合、退職後の期間にかかる証明は必要ありません。
- ⑫の欄「労務に服さなかった期間」は、⑩の欄および⑬の欄と符合するように記入してください。
- ⑭の欄は、⑮の欄の期間に係る賃金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。
- ⑯の欄は、賃金計算の締日と支払日を記入してください。
- ⑰の欄は、⑮および⑯の期間にかかる賃金支払月について、賃金計算期間ごとの支給額を記入してください。ただし、超過勤務にかかる手当は記入する必要はありません。  
「欠勤がない場合の1か月の支給額」は、月を単位として支給されない日給・時間給などには「@」を付けて記入してください。  
なお、通勤手当などが数か月分まとめて支給されている場合は、1か月分に換算して記入していただき、直近の支給月を含む賃金台帳の写しを添付してください。
- ⑱の欄は、⑰の支給額に欠勤控除がある場合にその計算方法等についてご記入ください。枠内に書ききれない場合は、計算方法等を記入した別紙を添付してください。
- 第1回目の請求のときは、請求期間とその前1か月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。
- 支給決定にあたって、健康保険組合から問い合わせさせていただくことがありますので、㉑の欄の担当者氏名は必ずご記入ください。

療養を担当した医師が意見を書くところ

- ㉑の欄は、「傷病の主症状」、「経過の概要」、「治療内容、検査結果、療養指導」、「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」等についてできるだけ詳しくご記入ください。

この請求書の記載についてわからないことがある場合は、健康保険組合（給付課）までお問い合わせください。

提出先 〒542-0061 大阪市中央区安堂寺町 2 - 4 - 1 4 文健会館 4 階

関西文紙情報産業健康保険組合

TEL 06(6765)9212 FAX 06(6765)9216

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄