

記入方法および添付書類等については、別紙を確認し黒のボールペンで記入してください。

記入例

傷病手当金請求書 (第 1 回)

A	被保険者証記号と番号	記号 123	番号 4567	B 被保険者(ワカチ)の氏名 ヤナギバシ タロウ 柳橋 太郎
	C 被保険者(請求者)の住所と連絡先	〒000-0000 (ワカチ) トウキョウト タイタク 0000 △△△ 東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号室		
E	事業所の名称	柳橋プラスチック工業 株式会社		F 配属部署や役職名 第一営業部
G	被保険者の業務の職種	事務・製造・ 営業 ・その他() (具体的な仕事内容) 外回り・デスクワーク		
H	傷病名	(1) 左膝内側半月板損傷 骨折・損傷・打撲などの外傷性の場合、初回のみ「傷病原因について(回答)」を添付してください。	(2) 発病または負傷の年月日 昭和 平成 令和 3年4月16日	I 発病または負傷の原因 自宅の階段から転倒し、膝を床にぶつける。 ⑧ ⑨は他人の行為によって負傷したものですか はい いいえ
J	療養のために休んだ期間(請求期間)	令和3年4月16日から令和3年5月15日まで (30)日間		
K	①の期間における療養状態について詳しく	<病状やどのように過ごしたのかを具体的に> (通院・治療内容など) 4/16~4/30まで入院し、4/17に手術。退院後はリハビリのため週2回程度の通院。 <医師からの指示内容> 湿布や痛み止めを服薬すること、リハビリ以外に自宅でも簡単な運動をするよう指示された。		
L	①の期間に報酬を受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	② 報酬の支払いを受けたとき、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった期間 令和3年4月16日から令和3年4月18日まで	③ ④の期間として 30,000 円
M	基礎年金番号	年金受給者は「年金証書」写し、直近の「年金額が分かる書類」(年金額改定通知書等)写しを添付してください。(別紙参照)		
N	「障害厚生年金」「障害手当金」を受給していますか (受給・請求中の場合、受給の要因となった(なる)傷病名)	はい・請求中 いいえ <傷病名>		
O	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか (退職後の期間を請求される方のみ記入してください)	はい・請求中 いいえ <支給開始年月日> 平・令 年 月 日		
P	介護保険を利用していますか	はい・請求中 いいえ <傷病名>		
Q	労災保険から休業補償給付を受けていますか 「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	はい・請求中 いいえ 労働基準監督署		

※ 在職中の方は、事業所への振込みとなりますので、事業所の健保口座名義人へ受取りを委任してください。

東日本プラスチック健康保険組合

委任状

私は下記の者を代理人と定め、傷病手当金の受領方を委任します。
 令和 3 年 6 月 15 日
 令和 3 年 6 月 30 日提出
 受付日付印

被保険者(請求者) 住所 東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号室
 氏名 柳橋 太郎

代理人 所在地 東京都台東区柳橋〇-〇-〇
 事業所名 柳橋プラスチック工業 株式会社
 氏名 取締役社長 〇〇〇〇

※ 下欄は、会社を退職した方のみ記入してください。(退職後初めて請求する場合、口座登録のため、通帳の写しを添付してください)

支払金融機関の欄	銀行	本店	出張所
	預金種別	1.普通	2.当座
	口座番号	口座名義	

※ 記入漏れのないようお願いします。記入漏れがある場合、返戻して記入をお願いします場合があります。
 ※ 傷病手当金は事後請求です。事業主証明・医師意見は、請求期間後に記入の依頼をしてください。
 ※ 医師が労務不能と認めない期間の請求は、原則として受付していません。

※ 請求期間に対しての、タイムカード(出勤簿)・賃金台帳の写し、または出勤簿に関する証明書を添付してください。(毎回必須)

事業主が証明するところ

⑦ 勤務に服さなかった期間 ⑧ 欠勤は〇 有給は△ 公休は□ 出勤は出 で表示してください。 ⑨ 合計

令和3年4月16日から	4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	欠勤	19	日	
令和3年5月15日まで	5月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有給	3	日
30日間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	公休	8	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤	0	日

⑩ 給与形態 月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時給 ・ その他() 締日 16 日から 15 日まで 支払日 20 日

⑪ ⑦の期間中分として報酬を全額または一部支給した場合

有給	令和3年4月16日～令和3年4月18日まで	3日間	(合計)	30,000 円
住宅手当	令和3年4月16日～令和3年5月15日まで	日間	1カ月分	12,000 円
通勤手当	令和3年4月16日～令和3年5月15日まで	日間	1カ月分	15,000 円

⑫ 欠勤控除を行っている場合はその計算式 (基本給 200,000円 + 調整手当 10,000円) ÷ 21 × 欠勤日数

⑬ うえのとおり相違ないことを証明いたします。
 令和3年6月30日 所在地 東京都台東区柳橋〇-〇-〇
 事業所名 柳橋プラスチック工業 株式会社
 事業主氏名 取締役社長 〇〇 〇〇
 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

療養を担当した医師が意見を記入するところ

患 締日が過ぎて、支払が確定してからの証明になります。また請求書の提出も支払日以降でお願いします。

① 傷病給付月日 令和 年 月 日

② 発病または傷病原因及び年月日 (原因)

③ 労務不能と認めた期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

④ ③のうち入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

⑤ 診療日を〇で囲んでください

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
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

主たる症状及び経過(できる限り詳しく記入してください。) 手術年月日 年 月 日 退院年月日 年 月 日

⑥ この期間の傷病状態

⑦ この期間の治療状況

⑧ 前月の症状との比較

⑨ 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所見(必ず記入してください。)

⑩ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき
 人工透析の実施日または人工臓器を装着した日 令和 年 月 日
 医療機関の所在地
 人工臓器等の種類 医療機関の名称
 人工肛門 人工関節 人工骨頭
 心臓ペースメーカー 人工透析
 その他()
 医師の氏名
 電話 () 番

⑪ 記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日

(注) ⑩欄は⑩欄の記入日以前の期間で、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記入してください。訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と療養担当者のサインが必要です。(修正テープ等は不可)

令和 3 年 6 月 15 日

東日本プラスチック健康保険組合 殿

住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号室

被保険者氏名 柳橋 太郎

(受診者名) 柳橋 太郎

傷病原因について(回答) ※初回申請時のみ記入してください

保険証 記号 番号	123 4567	事業所名	柳橋プラスチック工業 株式会社		
負傷の日時	令和 3 年 4 月 16 日(金 曜日) 午前 7 時 40 分(頃) 午後				
負傷の場所 (どこで)	自宅				付近
負傷したときの 状況	1. 出勤途中 2. 勤務中 3. 勤務日の休憩中 4. 退勤途中 5. 出張中 6. その他(出勤前)				
負傷の原因 (何をしているとき どのようにして負 傷しましたか。わ かりやすく記入し てください。)	自宅の階段を降りる際、足を踏み外し、転倒して膝を床にぶつける。				
治療期間	1. 令和 年 月 日まで		2. 現在も治療中		3. 転医
他人の行為で負 傷したときは、そ の人の氏名	第三者行為による傷病届を 健保組合に提出しましたか。			1. 提出済 2. 未提出	

負傷日勤務時間	午前 午後	時	分	から	午前 午後	時	分	まで	
あなたの 仕事内容	工場または、支店名								
	勤務先の電話番号								
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅)						所要時間 (勤務先)		(時間 分)

※ 勤務していた日の負傷の場合は上記の太枠内も必ずご記入ください。