

健康保険傷病手当金請求書

(第 回)

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------------|--------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証 記号と番号 | 記号 | 番号 | ② 被保険者 (請求者)の 氏名と印 | (フリガナ) | ④ | |
| | ③ 被保険者 (請求者)の 住所と連絡先 | 〒 | - | (フリガナ) | | ⑤ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 | |
| | ⑥ 事業所の名称 | | | ⑦ 配属部署 や役職名 | | | |
| | ⑧ 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) | | |
| | ⑨ 傷病名 | (1) | | ⑩ 発病また は負傷の 年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| | | (2) | | | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| | ⑪ 発症または 負傷した原因 | | | | | ⑫ 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 |
| | ⑬ 療養のために 休んだ期間 (請求期間) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ()日間 | | | | | |
| | ⑭ ⑬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) | | | | | |
| | | <医師からの指示内容> | | | | | |
| ⑮ ⑬の期間の部分 の報酬を受けま したか、または 受けられますか | 受けた | 受けない | ⑯ 報酬の支払いを受けたとき、 または受けられるときは、その 報酬の額とその報酬支払の基 礎となった(なる)期間 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | の分として 円 | |
| 障害年金等 を受給の方 | ⑰ ⑨により障害年金または障 害手当金を受給していますか | | はい・請求中・いいえ | | 【はいの場合】 「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。 | | |
| | ⑱ 受給している場合、受給原因 となった傷病名 | | | | 【請求中の場合】 手元に、「年金証書」、直近「年金額が分かる書類」が 届き次第、写しを健保組合に送付してください。 | | |
| 退職後の期間を 請求される方 | ⑲ 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 | | はい・請求中・いいえ | | | | |

※ 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 | ⑳ 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。 | 平成 年 月 日 |
| | 被保険者 (請求者) 住所 氏名 | ④ (②と同じ印) |
| | 代理人 所在地 事業所名 氏名 | ④ |

平成 年 月 日提出

受付日付印

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

| | | | | | |
|----------|----------|--------------|----------|------------------|--|
| 支払金融機関の欄 | 銀行 金庫 | | | 本店 出張所 支店 営業所 | |
| | 預金 種別 | 1.普通 2.当座 | 口座 番号 | 口座 名義 | |

※ 記入・印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する場合があります。

※ 医師の証明がない期間の請求は受付しておりません。

※ ⑨の傷病名が外傷(ケガ)の場合、「傷病原因について(回答)」を添付してください。(初回申請時のみ)

※ 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 | ㉗ 労務に服さなかった期間 | | ㉘ 欠勤は○ 有給は△ 公休は公 出勤は出 で表示してください。 | | | | | | | | | | | | | ㉙ 合計 | | | |
| | 年 月 日から | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 欠勤 | 日 |
| | | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 有給 |
| | 年 月 日まで | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 公休 | 日 |
| | | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 出勤 |
| | ㉚ 給与形態 | | 月給・日給月給・日給・時給・その他() | | | | | 締日 | 日から | | 日まで | 支払日 | 日 | | | | | | |
| | ㉛ ㉗の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合、または支給する場合の内訳 | | 年 月 日～ | | 年 月 日まで | | 日間 | (合計) | | (日額) | | 円 | 円 | | | | | | |
| | | | 年 月 日～ | | 年 月 日まで | | 日間 | | | | | 円 | 円 | | | | | | |
| | | | 手当 | | 年 月 日～ | | 年 月 日まで | | 日間 | | | | | 円 | 円 | | | | |
| | | | 手当 | | 年 月 日～ | | 年 月 日まで | | 日間 | | | | | 円 | 円 | | | | |
| ㉜ 欠勤控除を行っている場合はその計算式 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉝ うえのとおり相違ないことを証明いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 事業主氏名 | | | | | | | | 印 | | | | | | | |
| | | | | 電話 | | | | () | | | | 番 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|--------------|---|---|-------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 療養を担当した医師が意見を記入するところ | 患者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ① 傷病名と療養の給付を開始した年月日(初診日) | (1) | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (2) | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ② 発病または傷病原因及び年月日 | (原因) | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ③ 労務不能と認められた期間 | 平成 年 月 日から | 日間 | ③の期間中の診療実日数 | | | | | | | | | | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平成 年 月 日まで | | 日間 | 療養費用の別 | | 健保・公費・自費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④ ③のうち入院期間 | 平成 年 月 日から | 日間 | ③の期間中の診療実日数 | | | | | | | | | | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 平成 年 月 日まで | 日間 | 転帰 | | 治療・繰越・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤ 診療日を○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 |
| ⑥ ③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・療養指導など詳しく) | | | | | | | | | | | 手術年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 退院年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③の期間の症状経過からみて、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(ア. 月 日頃から就労可能見込み イ. 現時点では不明) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 人工透析を実施または人工腎臓を装着したとき | 人工透析を実施または人工腎臓を装着した日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人工臓器等の種類 | ア. 人工肛門 | | イ. 人工関節 | | ウ. 人工骨頭 | | エ. 心臓ペースメーカー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | オ. 人工透析 | | カ. その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ うえのとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 医師の氏名・印 | | | | | | | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 電話 | | | | () | | | | 番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | 印 |
|----------------|---|

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

| | | | |
|----|-----|----|--|
| 記号 | | 番号 | |
| 氏名 | (印) | | |

【負傷日時・場所等】 該当するものに○をしてください。

| | | | |
|--|--|------------|-----|
| 1. いつケガ(負傷)をしましたか。 | 平成 年 月 日 (曜日) | AM PM | 時 分 |
| 2. ケガ(負傷)をしたのは次の日のうちのどの日でしたか。 | 出勤日 ・ 休日(定休日・休暇含む) ・ その他() | | |
| 3. ケガ(負傷)をした時は次のうちのどの時間帯でしたか。 | 勤務時間中・通勤途中(出勤・退勤)・出張中・私用・その他() | | |
| 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 | 会社内 ・ 道路上 ・ 自宅 ・ その他() | | |
| 5. ケガ(負傷)をした原因は何ですか。(具体的に) | | | |
| 6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 | 相手 無 ・ 有 (あなたは被害者 ・ あなたは加害者) ※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。 | | |
| 7. 診療を受けた医療機関名とその期間 | (医療機関) | 平成 年 月 日から | |
| | | 平成 年 月 日まで | |
| | (医療機関) | 平成 年 月 日から | |
| | | 平成 年 月 日まで | |

健康保険傷病手当金請求書の記入方法及び注意事項等

【被保険者の方へ】

- ① 事業所を退職している者(任意継続被保険者を含む)は、在職中の記号・番号、事業所の名称、仕事内容を記入してください。(A E F Gの欄)
- ② Hの傷病名が外傷の場合、初回の請求のみ「傷病原因について(回答)」を必ず添付してください。届出がないと支給決定できない場合があります。
- ③ Kの欄で「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要になります。詳しくは健保組合にお問い合わせください。
- ④ 休んだ期間における、病状や経過内容を詳しく記入してください。(Mの欄)
- ⑤ 事業所に在籍中の者は、委任状(Sの欄)を記入、捺印してください。(押印の省略不可)
- ⑥ 請求される傷病について障害厚生年金を受給中、または請求中の場合、「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。
- ⑦ 退職後の期間を請求する方は、老齢退職年金を受給中、または請求中の場合、「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。
- ⑧ 年金額に変更があった場合、健保組合へ連絡ください。

【事業主の方へ】

- ① 医師の証明期間と被保険者(本人)の請求期間が同一になっていることを確認の上、記入してください。(退職後の期間は、事業主の証明不要。)
- ② 請求期間にかかる賃金台帳とタイムカードの写し、または賃金台帳・出勤簿に関する証明書を添付してください。(毎回必須)
- ③ 労務に服さなかった期間が含まれる月の給与について証明し、その給与が確定してから提出してください。
- ④ 訂正する場合、事業主の訂正印を押印してください。(複数の場合、枠外に捨印一箇所でも可)

【療養担当者の方へ】

- ① 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。(③の欄)
- ② 労務不能と認めた期間について、具体的な治療・指導内容、労務不能となる所見について詳しくご記入ください。(⑥の欄)
- ③ 労務不能と認めた期間が経過した後に証明してください。(⑧の欄)
- ④ 訂正する場合、医師の訂正印を押印してください。

傷病手当金の支給要件等

< 支給を受ける条件 >

被保険者が病気やケガの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

① 病気・ケガのため療養中であること

- ・業務上あるいは通勤途上の事故や災害により病気やケガをしたときは、労災保険の扱いとなります。
- ・第三者の行為による災害・事故によりケガをしたときは、相手側の損害保険による支払が優先されます。

② 病気・ケガのため仕事に就けないこと

労務不能の判定は、療養担当者(医師等)の意見等を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。

③ 連続して3日間以上会社を休んでいること

労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降休んだ日に対して支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

- ※ 就労時間中に業務外の事由で発生した傷病により労務不能となった場合には、その日を待期期間の初日として起算されます。土日・祝日の公休日も待期期間中に算入されます。

④ 給与(報酬)の支払がないこと

給与の支払があっても、傷病手当金の日額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。

< 支給期間(法定期間) >

支給開始日から最長で1年6ヶ月 (実期間ではなく暦月期間)。

< 支給額 >

支給額は1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。なお、働くことができない期間について、

①、②、③、④に該当する場合は、傷病手当金の支給額が調整されます。

① 事業主から報酬の支給を受けたとき

② 出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。

③ 障害厚生年金または障害手当金を受けられるようになったとき

同一の傷病等により厚生年金保険の障害厚生年金か障害手当金を受けられるようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金額(同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額)の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

④ 老齢退職年金を受けられるようになったとき

退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

注1 傷病手当金は病気やケガの療養に専念し、最短で職場へ復帰することを目的としているので、会社を休んで治療の必要があるという医師の意見を参考にして、健保組合が認めた場合に支給されるものです。会社を病欠として休業していても、健保組合が労務不能と認めない場合には、支給されないことがあります。

注2 医療機関に受診していても治療が行われていない場合(予防的なもの、通常の妊娠等)は支給されません。

注3 請求書提出後、内容審査を行っていますので、給付決定まで約1~2ヶ月かかります。

注4 傷病手当金は給与に代わるものですので、1ヶ月を単位として請求してください。