

記入例

健康保険傷病手当金請求書

(第1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 123	番号 4567	② 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ) ヤナギハシ タロウ 柳橋 太郎	
	③ 被保険者 (請求者)の 住所と連絡先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	(フリガナ) トウキョウト タイウク 〇〇〇〇 △△△	東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号室		④ 生年月日 昭和・平成 50年1月1日
	⑤ 事業所の名称	柳橋プラスチック工業 株式会社		⑥ 配属部署 や役職名	第一営業部	
	⑦ 被保険者の 業務の職種	事務・製造 <b>営業</b> その他( )		(具体的な仕事内容) 外回り・デスクワーク		
	⑧ 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。		① 発病または負傷の年月日 昭和 平成 24年1月16日	昭和 平成 年 月 日
	⑨ 発症または負傷した原因	自宅の階段から転倒し、膝を床にぶつける。			⑩ ⑧は他人の行為によって負傷したものですか	はい・いいえ
	⑪ 療養のために休んだ期間(請求期間)	平成 24年 1月 16日 から 平成 24年 2月 15日 まで (31)日間				
	⑫ ⑪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) 1/16~1/21まで入院し、1/17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。				
	⑬ ⑪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	⑭ 受けた 受けない 受けられる 受けられない	⑮ 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 24年 1月 16日 から	の分として	平成 24年 2月 15日 まで 37,000 円
	⑯ 障害年金等を受給の方	⑰ ⑧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。 【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。		
⑲ 退職後の期間を請求される方	⑲ 年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 ク 健 康 保 険 組 合	⑳ 私(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 24年 2月 20日	平成 24年 2月 21日 提出
	被保険者(請求者) 住所 東京 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 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いたします。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。

※ ⑧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)

※ 請求期間に対する、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 労務に服さなかった期間		① 欠勤は○ 有給は△ 公休は公 出勤は出 で表示してください。																												② 合計	
	24年1月16日から		1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	欠勤	20	日											
	24年2月15日まで		2月	16	17	18	19	20	公	休	23	24	25	26	27	公	休	30	31	有給	3	日										
	31日間			1	2	3	公	休	6	7	8	9	10	公	休	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									
⑨ 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																				
⑧ ⑦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		有給	H24年1月16日～H24年1月18日まで		3日間		(合計)		(日額)		円																					
		住宅手当	H24年1月16日～H24年2月15日まで		日間		1ヵ月分		12,000円		円																					
		通勤手当	H24年1月16日～H24年2月15日まで		日間		1ヵ月分		15,000円		円																					
		手当	年 月 日～ 年 月 日まで		日間				円		円																					
⑩ 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																				
⑪ うえのとおり相違ないことを証明いたします。		平成 24年 2月 20日		所在地		東京都台東区柳橋○-○-○																										
				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 ○○ ○○																										
				電話		03 ( ○○○○ ) ○○○○																										
						(印) <b>事業主印</b>																										

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患																																	
	① 傷病給付年月																																	
	② 発症原因日																																	
	③ 労務不能と認められた期間		平成	年	月																													
	④ ③のうち入院期間		平成	年	月																													
	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	123	番号	4567
氏名	柳橋 太郎		柳橋印

**【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 24 年 1 月 16 日 (月曜日)	AM PM	7 時 40 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) 出勤前にて		
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)	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。		
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)	柳橋総合病院	
		平成 24 年 1 月 16 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。