

健康保険傷病手当金請求書（第 回）

令和 年 月 日 提出

この欄の訂正は被保険者（請求者）の印

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者（請求者）の氏名		生年月日	
	フリガナ				昭和 年 月 日生	
	平成 年 月 日生					
	相続人からの請求の場合は被保険者氏名		※		被保険者との続柄 1.配偶者 2.子 3.父母 4.兄弟姉妹 6.その他（ ）	
	被保険者（請求者）の住所		電話（携帯）番号		（ ）	
	フリガナ					
	〒					
	病気又はけがで療養のため休んだ期間（請求期間）		出勤又は有給休暇があるとき（具体的な日を記入ください）		休んだ期間に報酬を受け取りましたか	
	令和 年 月 日から 日間		出勤日 ()日		年 月 日から 日分	
	令和 年 月 日まで		有給休暇日 ()日		円	
傷病名		発病原因		発病年月日		
業務の種類（詳しく）		（退職している場合は退職前）		法人の役員ですか		
負傷の原因と発生状況		いつ		平・令 年 月 日 () 午前・午後 時頃		
どこで		1. 自宅		2. その他 ()		
※第三者行為による負傷の場合は、「負傷届（第三者行為による）」を添付してください		何をしていますか		ア. 私用で イ. 仕事に ウ. 通勤路上で エ. その他 ()		
どの様に負傷したのですか						
労災保険から休業補償給付を受けている（申請中）期間中の傷病手当金の請求ですか		1. はい		労働基準監督署		
2. いいえ						
障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか		ア. はい イ. 請求中 ウ. いいえ		支給開始年月日		
		受給しているとき		昭・平・令 年 月 日		
				基礎年金番号・年金コード		
				直近の年金額		
				円		
<資格を喪失した請求者> 老齢又は退職を支給事由とする年金を受けていますか		ア. はい イ. 請求中 ウ. いいえ		支給開始年月日		
		受給しているとき		昭・平・令 年 月 日		
				基礎年金番号・年金コード		
				直近の年金額		
				円		
※ 1. 障害厚生年金・障害手当金を受給している方は、障害厚生年金（同一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及び障害基礎年金）の証書の写及び支払通知書等の写を添付して下さい。 2. 資格喪失後、傷病手当金を請求する方で、老齢年金等を受給している方は、年金額が確認できる直近の証書の写及び改定通知書の写を添付して下さい。						
介護保険法のサービスを受けていますか		1. 受けている		2. いいえ		
		被保険者番号				
		保険者番号				
		保険者名				

請求者又は受取代理人が入るところ	銀行等に振り込みを希望するとき		預金種別		預金口座番号		預金口座名義	
	銀行 本店 金庫 支店 信組 出張所 農協		1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知				(フリガナ) (受領委任のときは受取代理人名義)	

給付金に関する受領を代理人に委任する場合（申請者名義以外の口座に振り込みを希望される場合に記入してください）

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日							
	被保険者（請求者）		住所		〒			
	氏名							
	受取人		住所		〒			
氏名		フリガナ				電話（携帯）番号 ()		
						委任者と代理人との関係		

大阪自動車整備健康保険組合

事業主が証明するところ	出勤簿		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	
	⑤		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	
	⑥		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	
	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						
㉜						
㉝						
㉞						
㉟						
㊱						
㊲						
㊳						
㊴						
㊵						
㊶						
㊷						
㊸						
㊹						
㊺						
㊻						
㊼						
㊽						
㊾						
㊿						
㉑		労働に服さなかった期間		期間内に出勤又は有給休暇があるときは、その日付を記入ください		
㉒		令和 年 月 日から 日間		出勤日 ()日		
㉓		令和 年 月 日まで		有給休暇日 ()日		
㉔		報酬の支給形態		報酬の締切日・支払日		
㉕		ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他 ()		日締め 当月・翌月 日支払		
請求期間中における報酬（今後支払う予定のものを含む）の支払額等について、報酬の締切ごとに記入してください						
㉖		欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬の支払額		基本給 家族手当 通勤手当 手当 その他 計		
㉗		円		円 円 円 円 円 円		
㉘		年 月 日から 年 月 日まで		円 円 円 円 円 円		
㉙		年 月 日から 年 月 日まで		円 円 円 円 円 円		
㉚		年 月 日から 年 月 日まで		円 円 円 円 円 円		
㉛		年 月 日から 年 月 日まで		円 円 円 円 円 円		
㉜		職場復帰しましたか		ア. 欠勤中 イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付けで退職		
㉝		上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日		
㉞		事業所の所在地				
㉟		事業所の名称				
㊱		事業主氏名		電話 ()		

医師が意見を書くところ	㉑		労務不能と認めた期間		労務不能の原因となった傷病名（症状の重い順に記載してください）		発病又は負傷日		発病又は負傷の原因		診療開始年月日		転帰	
	㉒		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		1. 2. 3疾病以上		年 月 日		年 月 日		年 月 日		治ゆ・継続中止・転医 治ゆ・継続中止・転医 治ゆ・継続中止・転医	
	㉓		入院した期間		入院費用の区分		㉔ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき							
	㉔		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		1. 健康保険 2. 公費 3. 自費 4. その他		人工臓器等の種類 実施または装着の年月日		ア. 人工肛門 イ. 人工関節 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他 ()		ウ. 人工骨頭 エ. 人工透析			
	㉕		診療実日数及び診療日		手術年月日		平・令 年 月 日							
	㉖		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											
	㉗		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											
	㉘		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											
	㉙		㉑で労務不能と認めた期間について、傷病の主症状及び経過を治療内容、検査結果、療養指導等詳しく記入してください。また、症状経過から見て、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											
	㉚		就労の見込みについて (ア. 月 日頃から就労可能の見込み イ. 現時点では不明)											
㉛		上記のとおり証明する。		令和 年 月 日										
㉜		医療機関の所在地												
㉝		医療機関の名称												
㉞		医師の氏名										電話 ()		

《事業主が証明するところ》

勤務している事業所の事業主に記入してもらってください。

【記載例】 (記入例 出勤⇒出 欠勤⇒欠 有給休暇⇒㊟ 休日⇒㊠、又は㊡)

事業主が証明するところ	㊡	6月	1 出	2 出	3 出	4 出	5 出	6 出	7 ㊠	8 出	9 出	10 出	11 ㊡	12 ㊡	13 ㊡	14 ㊠	15 欠	16 欠	17 欠	18 欠	19 欠	20 欠	21 ㊠	22 欠	23 欠	24 欠	25 欠	26 欠	27 欠	28 ㊠	29 欠	30 欠	31 /			
	出勤簿	7月	1 欠	2 欠	3 欠	4 欠	5 ㊠	6 欠	7 欠	8 欠	9 欠	10 欠	11 欠	12 ㊠	13 欠	14 欠	15 欠	16 欠	17 欠	18 欠	19 ㊠	20 欠	21 出	22 出	23 欠	24 欠	25 欠	26 ㊠	27 欠	28 欠	29 欠	30 欠	31 欠			
	㊢	8月	1 欠	2 ㊠	3 欠	4 欠	5 欠	6 欠	7 欠	8 欠	9 ㊠	10 出	11 出	12 出	13 出	14 出	15 出	16 ㊠	17 出	18 出	19 出	20 出	21 出	22 出	23 ㊠	24 出	25 出	26 出	27 出	28 出	29 出	30 ㊠	31 出			
	㊣	労務に服さなかった期間		期間内に出勤又は有給休暇があるときは、その日付を記入ください													㊤	報酬の支給額計算方法																		
	㊥	令和3年6月11日から		59日間		出勤日		7/21・22 (2日)						(基本給や諸手当の欠勤控除の計算方法等) (例) ○基本給: 基本給×欠勤日数/25を控除 ○手当: 基本手当額×欠勤日数/25を控除																						
	㊥	令和3年8月8日まで				有給休暇日		6/11・12・13 (3日)						○通勤手当: 支給月: 3・6・9・12月 対象期間: 3か月分 支給額: 各30,000円																						
	㊦	報酬の支給形態		報酬の締切日・支払日																																
	㊦	ア. 月給制 ウ. 日給制 オ. その他()		㊧. 日給月給制 エ. 時間給制		20日締め		(当月)・翌月 25日支払																												
	㊧	請求期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支払額等について、報酬の締切ごとに記入してください																																		
	㊨	欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬の支払額		基本給		家族手当		通勤手当		住宅手当		その他		計																						
㊩	実際の報酬支払額	6月分	5月21日から6月20日まで		(例)欠勤が6日間		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /			
		7月分	6月21日から7月20日まで		(例)全体		152,000円		7,600円		10,000円		10,000円		7,600円		7,600円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		197,200円	
		8月分	7月21日から8月20日まで		(例)欠勤が15日間		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		88,000円	
㊪	職場復帰しましたか		ア. 欠勤中		㊧. 8月10日から出勤		ウ. 月 日付けで退職																													
㊫	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和3年9月10日																																			
事業所の所在地		大阪市中央区瓦屋町〇-〇〇-〇〇																																		
事業所の名称		〇〇〇〇株式会社																																		
事業主氏名		代表取締役社長 〇〇〇〇〇〇 電話 06(1234)5678																																		

㊡欄 出勤簿に基づき正確に記入してください。

㊢欄 出勤簿に基づき療養のため休み始めた日から請求時までの期間と通算日数を記入してください。また、休んだ期間のうち、出勤や有給休暇の日があれば、それぞれの日を具体的に記入してください。

㊣欄 基本給や諸手当についての基本的な計算方法や欠勤した場合の控除方法を記入してください。

㊤欄 報酬の支給形態をア.～エ.のうちから選んでください。該当しないときは、オ.に具体的に記入してください。

㊦欄 欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額を記入してください。日給制の場合は、基本給の欄に「@6,000円」と日額を記入してください。なお、通勤手当が数か月分まとめて支払われるような場合は、支給月、対象期間、支給額を記入してください。

㊧欄 締切日毎に支払われた報酬を記載してください。

㊨欄 ア.～ウ.のうちから選んで〇を記入してください。

㊩欄 事業主の証明を行ってください。

健康保険法施行規則では傷病手当金請求書の「被保険者が記入する欄」のような事項を記入のうえ、事業主の証明書並びに医師等の意見書を添えて提出することとなっております。

この傷病手当金請求書には健康保険の給付金の請求支払事務を円滑に行うために、「被保険者が記入する欄」のほか、「労務に服さなかった期間等の事業主の証明欄」並びに「労務不能の期間等に関する医師等の意見欄」を設けています。

なお、傷病手当金請求書の「被保険者が記入する欄」を記入し、「事業主の労務に服さなかった期間等の証明書」及び「医師等の労務不能の期間等に関する意見書」は個別に作成されたものを添えて当健康保険組合に提出しても差し支えありません。

- ★保険給付の支給決定に際し、別途、必要書類等を提出していただくことがあります。
- ★各項目記入漏れのないように留意し、鉛筆など消せるものは使用せず、ボールペンなどで記入してください。

《被保険者(請求者)が記入するところ》

㊦欄 健康保険被保険者証の記号番号(例)記号532 番号1)を記入してください。被保険者が死亡したときは、死亡日までの給付金を法定相続人が請求できます。被保険者欄は請求者(法定相続人)の氏名、※欄には死亡した被保険者氏名を記入してください。なお、続柄のわかる戸籍謄本等を添付してください。

㊧欄 郵便物が確実に届くように、「〇〇方」、「□□マンション」等まで記入してください。

㊨欄 通算日数は間違いないように、出勤や有給休暇があるときは、具体的な日と()内に合計日数を記入してください。

㊩欄 療養のため休む原因になった傷病名を記入してください。

㊪欄 仕事の内容を(経理事務、販売営業等)具体的な職種を記入してください。

㊫欄 療養のために休んだ原因がけがの場合に記入してください。なお、第三者行為によるときは、別途、負傷届を提出してください。

㊬欄 同一傷病で労働者災害補償法に基づく給付について記入してください。

㊭欄 ア.、イ.、ウ.のうちから選び、該当する記号に〇を記入し、受給しているときは必要事項を記入してください。

㊮欄 ア.、イ.、ウ.のうちから選び、該当する記号に〇を記入し、受給しているときは必要事項を記入してください。

㊯欄 介護サービスを受けているときは、必要事項を記入してください。

《被保険者(請求者)又は受取代理人が記入するところ》

㊪欄 請求者の指定する本人名義の預金口座に振り込みます。銀行名、支店名、口座番号、名義人等を記入してください。なお、受領を代理人に委任するときは、代理人名義の預金口座に振り込みますので、代理人の銀行名や預金口座番号等を記入してください。

《受取代理人が記入するところ》

㊫欄 この傷病手当金の給付金の受取りを代理人に委任するときは、委任者及び受取代理人それぞれ住所、氏名を記入してください。

《医師が意見を記入するところ》

㊦～㊧欄 受診している医師に記入してもらってください。なお、医師の意見書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所を記載したもの)を添付してください。

㊨欄 傷病の主症状及び経過については治療内容、検査結果、療養指導等詳しく記載していただいでください。

㊩欄 医師または歯科医師等の療養担当医に証明をしていただいでください。