健保使用欄	決裁伺	支給決定額 ¥			承認	確認	担当	受付
	支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間						
	計算基礎	日額 円 × 2/3 × ＝ ¥						
	法第58条による不支給額等				標準報酬月額 千円 (日額 円)			
					支給開始年月日 令和 年 月 日			
					支給満了年月日(法定) 令和 年 月 日			
	支給決定日	令和 年 月 日	前回支給	自：平成・令和 年 月 日	資格取得日 平成・令和 年 月 日			
	支払日	令和 年 月 日		至：平成・令和 年 月 日	資格喪失日 令和 年 月 日			

両面印刷 不可

①被保険者が記入する

2 枚一組です（両面印刷 不可）。次のページに事業主証明欄、担当医師の意見記入欄があり

1

健康保険 傷病手当金請求書兼同意書 （第 1 回） 1/2頁

【被保険者の記入欄】について

1 本請求書1枚起票ごとに請求回数を更新して必ず記入

【被保険者の記入欄】

同 意 書

メイテック健康保険組合 理事長 殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、メイテック健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関がメイテック健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びメイテック健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

※ 関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

2

提出日 令和 6 年 9 月 25 日

被保険者氏名 健保 太郎 健保 印

2 会社に提出する日付を記入

傷 病 手 当 金 請 求 書

被保険者等記号・番号、又は被保険者のマイナンバーのいずれかを記入下さい。

注意事項

●この請求書は、暦月で2ヶ月以上をまたいだ期間の申請を受付はできません。

●振込先（⑫）は、必ず記入すること。（支給決定額を支払する際に使用致します）

●記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所に二重線を引き、訂正印を押印。（修正液等の訂正は、認めません）

①被保険者等記号・番号	4 8 ー 5 4 3 2 1	①-2 被保険者のマイナンバー	
②事業所の名称	（株）メイテック	所属部署	○○EC
③被保険者の氏名	健保 太郎	④被保険者の住所	（〒 000 － 0000 ） 神奈川県横浜市○○区△△町1-8
⑤発病または負傷の年月日	平成・令和 6 年 8 月 2 日	⑥日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	□自宅 □勤務先 ■携帯 090 － 0000 － 0000
⑦傷病名	鎖骨骨折		
⑧発病または負傷の原因 ※日時、場所、何をしていた時等を具体的に	8/2（日）夕方、私用で買い物に出かけた際に道路で転倒し、左肩を強打した。	⑨負傷の場合、右欄について回答ください	・第三者行為によるものですか はい・いいえ ・業務時間内の負傷ですか はい・いいえ ※第三者行為の場合は立替払（健保仮払）扱い、業務起因の場合は健康保険でなく労災保険です
⑩労務に服することができなかった期間	令和 6 年 8 月 3 日 から 令和 6 年 9 月 15 日 までの 44 日間 ※労務に服することができなかった期間とは、傷病の症状により、療養のため労務に服せず給料がもらえなかった期間をいう 療養のためとは、医師管理下に入って治療及び療養中の意です。労務に服することができなかった期間は、医師の診療により確定した過去の事実期間で請求下さい。将来に向けた休養の必要性の意見である診断書の意見では支給は認められません。		
⑪障害厚生(基礎)年金・障害手当金・老齢厚生年金等の状況	a. 年金・請求状況 1. 受給していない 2. 請求中 3. 受給している ※2.と3.に該当の場合、b.c.d.eを回答すること b. 年金の種別 1. 障害基礎年金 2. 障害厚生年金 3. 障害手当金 4. 老齢厚生年金 5. 障害共済年金 6. その他の年金（年金名称： ） c. 年金（予定）額 円（年額） d. 年金開始(予定)日 昭・平・令 年 月 日 e. 障害年金または障害手当金受給の原因となった傷病名 傷病名： ※年金受給者は、氏名、年金種別、年金額、支給開始日の記載ある年金裁定通知書・年金額変更通知書の写しを提出してください。		
⑫振込先（銀行かゆうちょのどちらか一方を選択し、記入）	銀行：○○○○ 銀行 △△△△ 支店 支店番号 1 2 3 口座名義(カナ) ケンポ タロウ 預金口座種別 普通 口座番号（7桁） 1 2 3 4 5 6 7 口座名義(漢字) 健保 太郎 ゆうちょ：ゆうちょ 銀行 記号（5桁） 1 2 3 4 0 口座名義(カナ) ケンポ タロウ 記号（8桁） 1 2 3 4 5 6 7 8 口座名義(漢字) 健保 太郎		

3 健康保険としての取扱い可否を確認します

4 労務に服することができなかった期間とその日数について記入 ※医師受診により、症状等確認後の事実確定した期間にて記入

5 年金請求中や年金受給がある方は、必ず記入するとともに、年金受給に係る証拠書の写しを添付

6 被保険者ご本人の口座に振込が原則受取代理人への振込を希望の場合、受取代理人欄へも記入

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を 令和 年 月 日	住所 氏名 被保険者 氏名	（委任者と受取代理人の関係： ） 印 に委任します。

◆本書に記入していただいた個人情報については、当健保のプライバシーポリシーに基づき適切に取り扱い、目的外には利用しません。

R6年12月掲載、R6年12月改訂②

重要1 傷病手当金請求にあっては、医師の労務不能の意見が必要となります。この医師意見は、診療をもって確認した過去に関する事実意見である必要がありますので、診断書等の未来に向けた見込み意見は、傷病手当金の支給を満たす要件とはなりません。

重要2 傷病手当金支給にあっては、療養のためである必要があり、医師の指示にしたがって治療を継続する必要があります。医師の診療スケジュールに従わない場合や処方された薬を飲まないなど、医師指示に従わない場合は療養のためと認められず、支給できない場合があります。

注意1 傷病手当金は、療養のため仕事に就けず、給料がもらえない場合の生活保証を目的としているため、基本1か月毎に申請してください。

注意2 傷病手当金請求書は、①～③それぞれのひとがそれぞれの場所へ記入を行います。それぞれ記入内容が異なり、記載必要な情報が確定していない場合は内容確定まで待つ必要がある場合があります。よって、本人提出日から健保に提出されるまで相応の期間がかかる場合があります。

①被保険者が記入する ②担当医師に記入いただく ③事業主が証明する

注意3 所属部署に提出する際には、①被保険者が記入する②担当医師に記入いただく欄の記入漏れがないことを確認して提出してください。

①被保険者が記入する

健康保険　傷病手当金請求書 兼 同意書　2/2頁

両面印刷 不可

被保険者氏名　健保　太郎

③事業主が証明する

【事業主証明欄】

労務に服することができなかった期間に関する事業主の証明	令和 6 年 8 月 3 日 から A 令和 6 年 9 月 14 日 までの 44 日間	本請求書内容に相違がないことを証明します。令和 6 年 10 月 15 日 C
	上記の期間中において B 8 月 3 日 ～ 9 月 15 日 44 日間の 報酬として、¥ 0 を支給した	事業主 住所 名称 代表者氏名 事業主の住所・名称 代表者名

【事業主証明欄】について

A 医師の証明期間を記入し、該当期間の勤務報告等を添付

B Aの期間に対して支払った額を記入
※支払額を証明する資料を依頼する場合有

C 証明日付を記入後証明

担当医師の方へ

傷病手当金の医師意見は、健康保険法施行規則第84条第2項第1号（以下、「規則84-2-1」という）に「被保険者の疾病又は負傷の発生した年月日、原因、主症状、経過の概要及び前項第四号の期間に関する医師又は歯科医師の意見」を記すと規定されており、「主症状や経過の概要」は、診療をもって確認した「労務不能と認めた期間」にかかる医師意見である必要があります。療養のための将来に向けた休業の必要性を記す「診断書」等は、将来に向けた医師の見込み意見であり、「規則84-2-1」に規定される傷病手当金の医師意見と認められません。
「医師が労務不能と認めた期間」は、診療をもって医師が事実確認できた期間の意見を記載ください。

②担当医師に記入いただく

【担当医師の意見記入欄】

①傷病名	鎖骨骨折	②療養の給付開始年月日（貴院での初診日）	I 平成・令和 6 年 8 月 3 日
③発病または負傷の年月日	平成 令和 6 年 8 月 2 日 ■ 発病 □ 負傷	④発病または負傷の原因	左肩部強打
⑤労務不能と認めた期間 II	令和 6 年 8 月 3 日 から 令和 6 年 9 月 15 日 までの 44 日間 「⑤労務不能と認めた期間」は、「⑩ ⑨の内容を確認した診療日」以前の期間となります。		
⑥ ⑤のうち、入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 0 日間		
⑦診療実日数について（入院と通院の合計）	9 日 診療日を○で囲んでください。 8 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 9 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		
⑧処方薬状況 III	処方の有無	処方有 ・ 処方無 （いずれかに○）	
	処方日	2024 年 9 月 12 日処方（処方有の場合記載）	
	処方薬日数	7 日分 （処方有の場合記載）	

⑨ ⑤の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、処方内容、検査結果、療養指導」等（詳しく） IV

鎖骨を骨折し、令和6年8月3日受診。
鎖骨バンドで鎖骨を固定。
固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。

⑤の期間の症状経過からみて、労務不能と認められた医学的所見

骨折部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であるため、労務不能と判断。

⑩ ⑨の内容を確認した診療日	2024 年 9 月 19 日診療（⑤労務不能と認めた期間は左記の期日以前となります）
⑪次回診療予定日	2024 年 10 月 3 日診療予定

上記のとおり、相違ありません。

意見記載日 2024 年 9 月 20 日 V

〈お願い〉
○訂正箇所には訂正印を押印願います
○医療機関の名称・所在地は、ゴム印（スタンプ等）を使用してください

医療機関
住所（所在地）
医療機関の名称
担当医師の氏名

医療機関の住所
医療機関の名称
担当医師名

電話番号 000 （ 000 ） 0000

R6年12月掲載、R6年12月改訂②

【担当医師の意見記入欄】について

I ①欄に記載した傷病名の初診日を記入

II 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと事実認定した期間と日数を記入
⑩記載の診療日以前の期間になる

III 治療のための処方の有無、処方薬日数を記入

IV ⑤記載の期間における症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を記入
⑩記載の診療日に確認した⑤の期間に関する事実意見

V 証明日、医療機関名・住所、担当医師の氏名、連絡先電話番号を記入