

# 傷病手当金請求書の記入例

メイテック健康保険組合

決裁例	支給決定額	承認	確認	担当	受付
支給期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
計算基礎	日額 円 × 2/3 × = 円				
法第58条による不支給額等		標準報酬月額	千円 (日額 円)		
支給決定日	平成 年 月 日	支給開始年月日	平成 年 月 日	資格取得日	平成 年 月 日
支払日	平成 年 月 日	前日支給	自:平成 年 月 日 至:平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日

**①被保険者が記入する**

**健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)**

マイテック健康保険組合 理事長 殿  
下記のとおり、請求します。

提出日 平成 27 年 6 月 10 日

被保険者氏名 **健保 太郎**

**【被保険者の記入欄】**

①被保険者証の記号と番号	1 - 5 4 3 2 1	②事業所の名称	(株)メイテック	所属部署	〇〇〇〇	
③被保険者の氏名	健保 太郎	④被保険者の住所	(〒 000 - 0000) 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-8			
⑤発病または負傷の年月日	平成 27 年 4 月 16 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	⑨発病または負傷の原因	4/16(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。	
⑦傷病名	鎖骨骨折	⑩負傷の場合、右腕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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	・業務時間内の負傷ですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
⑧労務に服することができなかった期間	平成 27 年 4 月 17 日から 平成 27 年 5 月 31 日までの 45 日間	⑪障害厚生(基礎)年金・障害手当て・老齢厚生年金の状況	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 ※2,3に該当の場合、b,c,d,eを回答すること		
⑫障害厚生(基礎)年金・障害手当て・老齢厚生年金の状況		⑬年金(予定)額	円 (年額)	d. 障害手当て(予定)日	昭・平 年 月 日	
⑭振込先	銀行 〇〇〇〇〇 銀行 △△△△ 支店 支店番号 1 2 3	⑮口座名義(漢字)	ケンポ タロウ	⑯口座名義(カナ)	健保 太郎	
⑰振込先(銀行)のどちらかを選択し、記号は5桁・番号は8桁を記入してください。	銀行 〇〇〇〇〇 銀行 △△△△ 支店 支店番号 1 2 3 4 5 6 7 8	⑮口座名義(漢字)	ケンポ タロウ	⑯口座名義(カナ)	健保 太郎	

**【被保険者の記入欄】について**

- 請求回数を記入してください
- 会社に提出する日付を記入
- 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。(日数については、休日を含みます) ※医師の見解による労務不能と認められた期間と同一の年月日を記入してください
- はいに○がある場合は、負傷した原因について健康保険組合より改めて詳しくお伺いすることがあります。年金を受給中か、年金の請求手続きをされているかをお伺いします
- a. についてどれかひとつを選択して○をつけること。(法108条) a.欄がない場合には、b,c,d,eの記入は不要です
- 被保険者ご本人名義の口座に振込します。なお、代理人への振込を希望する場合には、用紙の一番下「受取代理人欄」にも記入が必要です

**③事業主が証明する**

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

平成 27 年 4 月 17 日から 平成 27 年 5 月 31 日までの 45 日間

上記の期間中において 平成 4 月 17 日 ~ 5 月 31 日 45 日間の報酬として、 ¥ 0 を支給した

本請求書内容に相違がないことを証明します。平成 27 年 7 月 15 日

事業主 住所氏名印

**【事業主証明欄】について**

- 医師の証明期間を記入し、該当期間の勤務報告書を添付
- 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提出いただくことがあります
- 証明日付を記入後、証明ください

**②担当医師に記入いただく**

**【担当医師の意見記入欄】**

病名	鎖骨骨折	②療養の給付開始年月日(貴院での初診日)	H27 年 4 月 16 日
③発病または負傷の年月日	平成 27 年 4 月 16 日	④発病または負傷の原因	左肩部強打
⑤労務不能と認められた期間	平成 27 年 4 月 17 日から 平成 27 年 5 月 31 日までの 45 日間	⑥⑤のうち、入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日までの 0 日間
⑦診療日数について(入院と通院の合計)	12 日	⑧⑤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)	鎖骨を骨折し、4/16初診。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。 骨折した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。
⑧⑤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)	鎖骨を骨折し、4/16初診。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。 骨折した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。		
⑨⑤の期間を経過からみて、労務不能と認められた医学的初見	骨折した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。		
上記のとおり、相違ありません。	平成 27 年 6 月 2 日	⑩証明日以前の期間を証明願います	〇証明日以前の期間を証明願います
住所(所在地)	医療機関	医療機関の名称	担当医師の氏名
医療機関	医療機関の名称	担当医師の氏名	五郎

**【担当医師の意見記入欄】について**

- ①欄に記載した傷病名について、初診の日を記入してください
- 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。また、証明日以前の期間を記入してください
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的初見を詳しく記入してください
- 証明日を記入してください
- 医師の印を押ししてください
- すべての項目に記入をお願いします。⑩欄は、外来のみである場合には0日間と記入ください

受取代理人の欄

本請求に基づき給付金に関する受領を 平成 年 月 日 被保険者 氏名 に委任します。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へ記載して下さい。  
 ※被保険者証の記号番号を記載した場合はマイナンバーの記載は不要です。  
 ※マイナンバーを記載した場合は、当健保へ個人番号確認書類添付が必要です。 備考欄：

**注意1** 証明期間が2か月を超えているものは、受付できません。  
 傷病手当金の制度 → 療養のために仕事につくことができず、給料がもらえない場合の生活保障を目的としているため基本を1ヶ月とし、2か月を限度として申請してください。

**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。  
 訂正箇所には、その記入欄に記入したかたの訂正印を押し願います。

**注意3** すべて重要な項目になりますので、所属部署等へ提出の前には、【被保険者の記入欄】と【担当医師の意見記入欄】について、記入もれの箇所が無いことを確認してください。

**注意4** 【担当医師の意見記入欄】が日本語以外の言語で作成されている場合については、①~⑧の項目ならびに証明日付、所在地・名称・医師の氏名・電話番号の連絡先も記した日本語の翻訳文(A4用紙1枚)を添付してください。  
 なお、翻訳文の文末には、翻訳者の住所・氏名・被保険者との関係を記してください。