記入例

支　給　決　定　伺

支給決定額

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

待期期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日				資格取得日	S・H・R　年　月　日			
支給開始日	令和　年　月　日	半年	一年	満了日	資格喪失日	令　和　年　月　日			
支給期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間				支払年月日	令　和　年　月　日			
減額控除	自　年　月　日 至　年　月　日		円　日 ×　＝		入院				
減額控除	自　年　月　日 至　年　月　日		円　日 ×　＝		外来				
支給日額　×　日数　＝					調剤				

健康保険　傷病手当金請求書　（第　1　回目）

＊**Ａ３サイズで印刷**してください　＊**太枠線内を記入**してください　＊**鉛筆、フリクションペンの使用は不可**です
＊**本社総務課経由で提出**してください

提出日　令和　００　年　００　月　００　日

被保険者記入欄

① 被保険者証記号・番号	0 0 0 ／ 0 0 0 0 0 0	被保険者の氏名	○○　○○
事業所の名称	ロジスティード㈱	所属	○○事業部 （TEL　0000－00－0000　）
連絡先	〒 000－0000 ○○市○○町00－0	（TEL　0000－00－0000　）	
傷病名	左足関節骨折	発病又は負傷の年月日	平成・令和 00 年 00 月 00 日（頃）

傷病名が外傷性、又は外傷性の疑いがある場合は「負傷原因届」を別途ご提出ください。

② 傷病又は負傷のため休んだ期間	令和　00年　00月　00日　から　令和　00年　00月　00日　まで　00 日間		
③ 第三者行為（交通事故等）による傷病ですか	□ はい　☑ いいえ	→	「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を別途ご提出ください。
④ 労災保険に該当する傷病ですか	□ はい　☑ いいえ　□ 労災請求中	→	「はい」又は「労災請求中」の場合は、ご状況を確認することがあります。
⑤ 療養のため休んだ期間の療養状況	療養期間中の病状を詳しく記入してください。 外出先から帰宅時に、自宅玄関で転倒。足首に強い痛みがあり、医療機関を受診し、骨折が判明。手術後は安静を要した。		
	上記で記入した病状や療養状況を踏まえ、医師からの治療に関する指示内容を記入してください。 安静期間後はリハビリを積極的に行うこと。 変形性関節症に移行する場合があるので、無理はしないこと。		
⑥ 療養のため休んだ期間の報酬について	□受けた　□今後受ける　☑今後も受けない	「受けた」「今後受ける」場合の報酬の額とその基礎となる期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで の分として　円
⑦ 障害厚生年金又は障害手当金の有無	□有　☑無 □請求中	年金番号	傷病名　年額　円
⑦ 老齢年金について（退職者のみ）	□有　☑無 □請求中	年金番号	年額　円

年金受給中の場合は、「年金証書」（写し）と「年金振込通知書」（写し）等を添付してください。

委任状

表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。
令和　00　年　00　月　00　日　⑧
氏名を自署されても捺印は必要です。
被保険者氏名　○○　○○　(印)

被保険者記入要領

【注意事項】
- 記入要領に沿って全て記入し、チェックを入れて下さい。不明点については事業所等にご相談下さい。
  記入に不備や空欄がある場合には審査を開始せず返却いたします。
  不備返却等により、再提出が支給審査に間に合わなかった場合は次月に繰越されますのでご注意下さい。
- 毎月の提出期限は、事業主（会社）の担当部署に都度確認して下さい。
- 記入した内容を訂正した場合は、訂正印を押して下さい。

【記入要領】
① 記号・番号は健康保険証に記載されているものを記入して下さい。（※保険者番号ではありません）

② **請求の都度、今回請求する期間を記入して下さい。**
請求は原則として「1ヶ月ごと」に区切って下さい。（歴月1ヶ月ではなく1日～末日を1ヶ月とすること）
請求期間は原則、医師証明の「労務不能期間」と一致していること。

③・④ 該当するものにチェックして下さい。チェック内容により、審査前に状況を確認する場合があります。
傷病の原因が通勤途上・労働上に起きた場合には事業主（会社）に報告して下さい。

⑤ **審査上、重要な欄になりますので、次の１）２）に注意して詳細な内容を記入下さい。**
１）医師証明や過去に提出済みの内容を丸写ししないで下さい。
２）月ごとに都度、ご自身で理解している療養状況・病状の変化や医師からの指示を詳細に記入下さい。
※注意事項が守られていない内容が繰り返される場合には審査を開始せず書類を返却いたします。

⑥ 請求書の申請期間内（月単位）に給与の支払い状況を記入して下さい。
「受けた」又は「今後受ける」に該当する場合、その期間と金額を記入して下さい。

⑦ 障害年金の受給状況を選択して下さい。**（受給がない場合は必ず「無」にチェックする）**
「有」の場合は年金番号、傷病名、年額も記入して下さい。
「請求中」の場合は、後日、年金番号、傷病名、年額をご連絡下さい。

⑧ 会社に在籍中の方は、給与に含めて支給されますので、必ず委任状欄の記入をお願いします。
尚、被保険者氏名を自署されても委任のための本人印は必要ですので、注意して下さい。

被保険者添付書類

《初回請求の添付書類》
- 資格取得から１年未満の場合のみ
  「療養状況等調査書」（必要事項が記入されていない場合には審査は開始されません）
  ※過去に加入の健康保険が分からない場合は、以前の勤務先等に確認をして下さい。
  ※全国健康保険協会に加入されていた場合は、必ず記号番号または勤務先名称を記入して下さい。

《状況に応じて必要な添付書類》
- 傷病の原因が、外傷性（けが）、又は外傷性の疑いがある場合
  「負傷原因届」

- 障害年金を受給されている、又は受給が始まった場合
  「国民年金・厚生年金保険年金証書（写）」、「年金振込通知書（写）」
  「障害者手帳等の氏名、障害受給病名のわかる書類（写）」

《退職後の継続請求の添付書類》
別紙を用意してますので、健保ＨＰにて**「退職後の傷病手当金請求について」**をご参照下さい。

上記に関わらず、健保が審査に必要と判断したときには書類の提出を依頼する場合がありますのでご了承ください。

K-031(2023.08)