

傷病手当金 請求書 (第 回目)

被 保 者 の 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号		②被保険者(請求者) の氏名及び印		(年 月 日生)	
	③同意文書の承諾 及び印	私は、健康保険法に基づき傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・診療履歴・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、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。					印
	④被保険者(請求者) の住所	〒 — — TEL — —					
	⑤事業所の名称	TEL — —			⑥問合せ先 (携帯電話)	TEL — —	
	⑦資格取得年月日	年 月 日			⑧あなたの業務種別 (仕事内容)		
	⑨発病又は負傷の 年月日	年 月 日			⑩発病・負傷の原因	⑪第三者行為によるものか	
	⑩傷病名						(はい・いいえ)
	⑬請求期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	⑭請求期間中の症状・ 過ごし方(詳しく)						
	⑮請求期間中の 通院について ※全請求期間入院の場 合も入院中のことについ て記載して下さい。	受診日 診療内容:					
		投薬内容:					
		医師からの指示内容:					
	⑯いつごろから就労可能か	1. 年 月 日頃 2. 判らない(理由:)					
	⑰公的年金または障害手当 金を受給していますか (あてはまるものに○)	(基礎年金・老齢年金・障害厚生(基礎)年金・障害手当金)を 受給している・手続中・これから手続予定・受けていない 障害年金または障害手当金の受給原因となった傷病名()					
	⑱支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行 本店 金庫 支店			受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	
		種類	1・普通 2・貯蓄 3・当座			被保険者 住所 (請求者) 氏名	印
		口座番号				被保険者からみた代理人との関係	
		フリガナ 預金名義人				代理人 住所 (預金名義人) 氏名	印

代理人の印は、違う印でお願いします。

備考欄 ※①欄に被保険者証の記号・番号の記載があれば個人番号の記載は必要ありません。



※裏面の記入方法を必ず確認して下さい。 東京織物健康保険組合 03-3661-2254

初めての請求のとき及び賃金計算期間中に出勤、有給等、報酬があるときは、①の期間を含む出勤簿(タイムカード)写・賃金計算期間の賃金台帳(給与明細書)写(直近から6ヵ月分)を添付してください。

※印刷の際はA3用紙1枚もしくはA4用紙2枚での印刷による提出をお願いします。 (改 R3.10)

事業主の証明欄	① 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間					
	うへの期間の分として 支払う報酬関係	② 期間中に全額支給または一部支給となる場合の報酬額の内訳・計算方法	該当なし 該当あり（下記または別紙に計算方法を記載して下さい）							
		③ 給与の支払形態	月給 (日額)	円 円)	日給	円	時給	円	その他	円
		④ 給与の締切日・支払日	毎月 日×切の 翌月・当月 日払い	⑤ 交通費について	定期券支給 現金支給 支給なし					
					最終支払の定期券代（ヶ月）・ガソリン代・その他 月 日から 月 日まで 円支払った					
⑥ 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨			精算をした・しない	月 日から 月 日まで	円					
うへのとおり相違ありません		①の期間以降に証明してください 年 月 日								
事業所所在地 名 称 事業主氏名		TEL — —								

※印鑑廃止に伴い、事業所所在地、名称、事業主氏名についてはゴム印での記載にご協力をお願いします。

※事業主の証明・添付書類に関して担当者・社会保険労務士の氏名

氏 名 電話番号 — —

療養を 担当 した 医師 の 意見 欄	患者氏名				
	A 傷 病 名	(1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1)	年 月 日
		(2)		(2)	年 月 日
		(3)		(3)	年 月 日
	B 発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	C 発病又は負傷の原因		
	D 労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院の 費用の別	健保・自費 公費・老健
	E うへのDの期間中 に入院したときは その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	転 帰	治癒・繰越 中止・転医
	F 診療実日数 (診療日を○で囲ん でください。)	日	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	
			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	
G D 期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査内容、療養指導」等を詳しく記入					
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（ 年 月 日から就労可能の見込み ・ 現時点では不明）					
人工透析または人工臓器等を装着したとき		人工透析を実施または人工臓器を装着した日	平成 年 月 日		
人工臓器等の 種類		ア.人工肛門 オ.心臓ペースメーカー	イ.人工膀胱 カ.人工透析	ウ.人工関節 キ.その他（	エ.人工骨頭 ）
うへのとおり相違ありません		Dの期間以降に証明してください 年 月 日			
医療機関名 住 所 医 師 氏 名		TEL — —			

※医療機関名、住所が手書きの場合、確認させていただきます。

傷病手当金記入方法

被保険者の記入欄について（表題の傷病手当金請求用紙の横に請求する回数を記入下さい）

※ご記入の際には黒のボールペンを使用して下さい。鉛筆や消えるペンは使用しないで下さい。

- ① 保険証の上段の記号・番号を記入下さい。
- ②④ 被保険者名（請求者名）とその住所を記入下さい。
- ⑤ 会社名を記入下さい。退職された方で任意継続被保険者の場合は“任意継続被保険者”を記入下さい。
- ⑥ 支店・営業所など②の人と直接連絡できるところを記入下さい。
- ⑦ 資格取得年月日は保険証に書いてあります。
- ⑧ 職種と仕事内容をご記入下さい。任意継続被保険者は、在職していたときの職種と仕事内容を記入下さい。
- ⑨ その病気やケガが発生した日を記入して下さい。
- ⑩ 傷病名は、必ず記入して下さい。
- ⑬ 病気やケガで休んだ期間を記入して下さい。初めて請求の場合休んだ日が連続して3日間（待期期間）あり、4日目以降も休んでいて給料の支払がうけられない場合傷病手当金が支給されます。最初の3日間（待期期間）は有給無給どちらでもかまいません。
待期3日間の考え方 有（有給） 欠（無給）
18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日
休(有) 出勤 休(有) 休(有) 出勤 出勤 休(欠) 休(欠) 3日連続して休んでいないので待期は完成せず
休(有) 休(有) 休(欠) 休(欠) 休(欠) 休(欠) 休(欠) 休(欠) 18日19日20日と3日連続して休んでいるので待期が完成し
21日から支給

休日数は、稼働日でなく暦日数で計算して下さい。
- ⑭ ⑬の期間で休んだ期間において体の調子はどうでしたか。必ず詳しく記入して下さい。
- ⑮ 期間中の通院時について、診療内容、投薬内容、医師からの指示内容を詳しく記入して下さい。
- ⑯ 働けるようになるのはいつぐらいからですか。
- ⑰ 今の収入の状況について **老齢厚生年金・老齢基礎年金・障害厚生年金・障害手当金等**を受給している方は○で囲んで下さい。

支払金融機関(振込先)・受取代理人の欄について

- ⑱ 振込先が親族や事業主など②と違う口座に振込を希望する場合は、⑲と②の請求者と違う口座に振込をする場合に記入下さい。親族等②と姓が同じであっても上段の印と下段の印は同じにしないで下さい。②の印と⑲の上段の請求者の印は、同じ印にしないで下さい。

事業主の証明欄について ①の期間の賃金台帳(給与明細書)の写・出勤簿(タイムカード)の写を添付

- ① ⑬と同じように記入して下さい。ただし、退職日まで請求の場合は退職日までを証明して下さい。
- ② 前もって3カ月や6カ月定期などを支給している場合は、①の期間の交通費を記入するのではなく、3・6カ月定期券の期間を記入下さい。

例

3/16~4/15まで欠勤中に 交通費は、1/16~7/15 まで6カ月定期を前もって支給した場合
“電車 1月16日から7月15日まで(6カ月定期)を支払った”と記入して下さい。

- ④ ①の期間中給与を支給しない場合は“支給せず”と記入。①の期間の途中から支給されなくなった場合は“○月○日以降支給せず”と記入して下さい。
証明日を必ず記入して下さい。

療養を担当した医師の意見欄について（この意見欄記入には保険がききます。）

この意見欄をもとにして支給決定をしますので**楷書で、丁寧に、わかりやすく**記入して下さい。

- ① の日数を間違えないで下さい。
- ④ ①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、療養指導また、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等を詳しく記入して下さい。

添付書類について

賃金台帳（給与明細書）について

第一回目の請求と最後の請求については請求する期間1ヵ月前からの出勤簿の写と賃金台帳の写が必要です。

出勤簿（タイムカード）

①請求する期間に賃金の支払がある場合は、必ず賃金台帳（給与明細書）の写の余白にその賃金の計算の方法と計算式を下記のように記入下さい。

賃金の計算方法と計算式の例

“欠勤控除して支払った 基本給 25 万 / 稼働日数 20 日 × 欠勤日数 10 日”

“出勤した分だけを支払った（基本給 15 万 + 職能給 12 万）/ 年間平均稼働日数 20.42 日 × 出勤日数 10 日”

“日給者なので出勤した分だけを支払った 日給 7,000 円 × 出勤日数 10 日”

など余白に記入して下さい。

②コンピューターの処理上の問題などで、休んでいる期間の賃金台帳（給与明細書）やタイムカードが作成できない場合は、事業主の印による証明書が必要になります。（下記記載例）

例 A 4 の用紙 証明書

証明書
当社社員 織物太郎 は、 2・3月分（平成21年1月21 日から平成21年3月20日まで） は病気の為欠勤し、当該期間給 与を支給していないことを証明 します。
平成 21 年 4 月 20 日 ノイエ・サン・スーシ(株) 事業主 健保太郎 ㊟

医師の診断書について

医師の診断書ではなく、医師の意見書が必要となります。この用紙の“療養を担当した医師の意見欄”に記入いただければ十分です。

なお、この用紙にかかる医師の意見欄記入には保険がききます。

退職後の場合

雇用保険受給期間延長通知書の写が必要です。

療養状況等報告書が必要です（HPからダウンロードできます）。

年金をもらっている方は、裁定通知書・改定通知書の写が必要です。

退職後の請求の場合は事業主の証明は不要ですが、**雇用保険受給期間延長通知書の写が必要です。**この通知書の手続き方法は、**最寄りの公共職業安定所**に問い合わせして下さい。雇用保険と傷病手当金の両方をいっしょに受給することはできません。

また、**老齢厚生年金・老齢基礎年金・障害厚生年金・障害手当金・退職共済年金**をもらっている方は、**裁定通知書・改定通知書の写が必要です。**

※平成13年4月1日より老齢（基礎・厚生）年金を受給している方または、同一の傷病に関して障害厚生年金・障害手当金を受給している方は、傷病手当金との調整があります。詳しくは給付課にお問合わせ下さい。

問合せ先 〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6
東京織物健康保険組合 給付課03-3661-2254