

※傷病手当金は1ヶ月毎に提出してください。

No. ....

標準報酬月額 千円		資格取得		年	月	日			
		資格喪失		年	月	日			
		支給 期間	前回 終	始	年	月	日		
	年			月	日				
傷手受給歴	□あり（期間：） □なし		照会	本人	月	医師	月	事業主	月

健康保険

傷病手当金 請求書

(第 ① 回目)

※記入方法等については裏面の【申請及び記入上の注意】をご覧ください。

(該当条法第 99 条)

(規則第 84 条)

② 被保険者証の 記号 番号		③ 氏 名 生年月日		昭・平 年 月 日生	
④ 現住所 電話番号		〒 ー 日中連絡の取れる電話番号 ( )			
⑤ 事業所の名称 <small>※退職された方は在職時の事業所名称</small>		⑥ あなたの業務種別(仕事内容)			
⑦ 療養を必要とした病名とその病気の発病又は負傷年月日	(1)	昭・平・令 年 月 日			
	(2)	昭・平・令 年 月 日			
	(3)	昭・平・令 年 月 日			
⑧ 発病原因及び状態について詳しく  ※発病原因が仕事に起因する場合には、裏面の3をご参照ください		発病原因について：  発病した時の状態について：			
⑨ 療養の為に休んだ期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
⑩ 上記⑨の欄の期間中における療養状況について詳しく		症状やどのように過ごしたかを具体的に： _____ _____ _____ 受診日（通院日）： _____ 医師からの指示内容： _____			
⑪ 上記⑨の欄の期間について事業主より給与(報酬)を(受けた・受けていない)。今後、受けることが(出来る・出来ない)。					
⑫ 給与(報酬)を受けたまたは受ける事が出来るときは、その報酬の額と対象期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		の分として 円	
⑬ 公的年金【基礎年金・老齢年金・障害厚生(基礎)年金等】または障害手当金を受給していますか		いいえ・申請中・はい		⑭ 基礎年金番号	
申請中、受給中の年金の種類		障害(基礎)年金の場合は傷病名			
⑮ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。		いいえ・請求中・はい		請求先の労働基準監督署	
⑯ 資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。					
銀行番号		支店番号		口座番号	
銀行		支店		1. 普通 2. 当座	
フリガナ					
口座名義					

受付日付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

○初回請求時は、請求期間とその期間前12ヶ月分の賃金台帳の写しと、請求期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	A 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。）																															出勤	有給			
	年	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	計	日	日
	年	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	計	日	日
	年	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	計	日	日
	B うえの期間中の報酬を全部または一部支給した（する）場合はその内訳を記入してください。																												C 給与の支払日							
																													毎月	日締切	当月・翌月	日支払				
	報酬の名称		(自)			(至)			支給額										日額		支払日															
			年	月	日	年	月	日	日間	百万	拾万	万	千	百	拾	円	円		月	日																
	(ア)																																			
	(イ)																																			
(ウ)																																				
(エ) 通勤手当																																				
D うえの期間中の報酬の支給を（した・しない）。支給日以降、遡及して支給するものが（ある・ない）。																																				
E 備考																																				
うえのとおり相違ないことを証明します。																												F 担当者氏名								
																												令和		年	月	日				
事業所住所																																				
事業所名称																																				
事業主氏名																												電話番号		( )						

療養担当者が意見を書くところ	A 患者氏名																															
	B 労務不能と認めた傷病名										C 発症または負傷の年月日										D 初診日（診療開始日）											
	(1)										昭・平・令 年 月 日										昭・平・令 年 月 日											
	(2)										昭・平・令 年 月 日										昭・平・令 年 月 日											
	(3)										昭・平・令 年 月 日										昭・平・令 年 月 日											
	E 発症または負傷の原因																															
	F 労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																													
	G 上記Fの欄のうち入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																													
	H 手術年月日		平・令 年 月 日		I 退院年月日		平・令 年 月 日		J 療養費用の別										健保		自費											
	K 診療実日数		日		L 受診日				M 転帰										治療		繰越		中止		転医							
N 上記Fの欄の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等【詳しく】																																
投薬：□あり（[ 月 日に 日分処方][ 月 日に 日分処方][ 月 日に 日分処方]） □なし 通院指導の有無：□あり（ 週間／ 回） □なし→その理由： 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（A. 令和 年 月頃から就労可能の見込み B. 現時点では不明）																																
O 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		人工透析を実施または人工臓器を装着した年月日										平・令 年 月 日																				
		人工臓器等の種類										ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー										オ. 人工透析 カ. その他（ )										
上記のとおり相違ありません。																																
																												令和		年	月	日
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名																												電話番号		( )		

東京広告業健康保険組合

○Bの欄で傷病名が複数ある場合は、傷病名欄は(1)から主たる病名を順次記入してください。

○Fの欄は治療期間でなく療養のため就労できなかったと認められる期間（証明日以前のものに限る）を記入してください。

★【共通注意事項】ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

## 申請及び記入上の注意

**傷病手当金は必ず1ヶ月毎に提出**してください。

傷病手当金は病気や怪我の療養のため会社を休み、給料が支給されない方の生活保障給付ですので、療養担当者に毎月療養の経過を記入してもらい提出してください。

※必要に応じて、照会等の調査を実施しますので支給決定までに時間がかかることがあります。予めご了承ください。

### 【被保険者】

- ②の欄は当組合の健康保険被保険者証（保険証）に書かれている「記号」「番号」を記載して下さい。
- ⑥の欄は「営業」「制作」「経理」等具体的に記入してください。
- ⑧の欄は、何時（いつ、何時ごろ）、場所（どこで）、何をしていたとき等具体的に記入してください。なお、**傷病の原因が外傷（骨折・ねんざ・打撲・打ち身・擦傷等）によるものである場合は、別途「負傷原因届」の添付が必要です。**

#### 【第三者行為の場合】

交通事故や傷害事件など第三者（加害者）から受けた怪我等による傷病手当金請求の場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要になります。詳しくは健康保険組合の業務第2課（電話03-6226-4534）までお問い合わせ下さい。

- ⑩の欄は請求期間について請求時に事業主から報酬（給与）が支給されているか、また将来報酬（給与）が支給されるかを確認しています。「受けた」「受けていない」および、「出来る」「出来ない」それぞれの二つの事項について○で囲んでください。
- ⑬の欄で「はい」に○を付けた方は下記の書類を添付してください。  
『障害厚生年金（同一支給事由による障害基礎年金がある場合は、当該障害年金及び当該障害基礎年金。以下この項において同じ。）の年金証書またはこれに順ずる書類の写し』『障害基礎年金の額、支給開始年月を証明する書類、および障害基礎年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）』  
『老齢退職年金給付の年金証書またはこれに順ずる書類の写し』『老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類、および障害基礎年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）』
- 退職後の請求の場合は、⑯の欄に振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）を必ず記入してください。初回振込の際に口座の登録をし、次回以降は登録口座への入金となります。口座を変更する際には再度⑯欄に銀行口座を記入して下さい。なお、任意継続被保険者の方の場合、保険料の引き落とし口座に振り込みますので記入は不要です。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を添付してください。翻訳文には翻訳者の住所及び氏名を明記してください。なお、翻訳者は被保険者、被扶養者以外の第三者に限ります。

### 【事業主】

- 初回請求分**については、「請求期間とその期間前12ヶ月分の賃金台帳」と「請求期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿（タイムカード）」の写しを添付してください。なお、役員等の場合で賃金台帳と出勤簿がない場合は「議事録」の写しを添付してください。  
※添付書類については、主に必要とされるものを掲載しております。場合によっては、ここに掲載のない添付書類が必要となることもありますのでご了承ください。
- (B)の欄で「全部支給」または「一部支給」とは1日当たりの賃金の全額または一部の意味です。
- (E)の欄は給与の支払い方法や勤務形態について補足事項があれば記載してください。  
例：（交通費の過払いについては10月の給与で調整）（令和3年8月1日よりリハビリ勤務開始）

### 【療養担当者】

- (b)の欄で傷病名が複数ある場合は、傷病名欄は(1)から主たる病名を順次記入してください。
- (f)の欄は治療期間でなく**療養のため就労できなくなったと認められる期間（証明日以前のものに限る）**を記入してください。
- (n)の欄は労務不能と認める症状を詳しく記載してください。

### 【共通する注意事項】

- ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
- ⑨及び(f)の欄の期間の日数は誤りやすいのでご注意下さい。  
誤）6月13日から6月19日は6日間 → 正）6月13日から6月19日は7日間

#### ★傷病手当金の支給要件★

被保険者が療養のため仕事を休み給料を受けられない等、次の4つの条件を満たしたときは、支給されることとなった日から、休業1日につき直近12ヶ月間の標準報酬月額平均額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額が、傷病手当金として支給されます。支給期間は支給開始日から1年6ヶ月以内となっています。

- 病気・けがで療養中であること**…自宅療養や健康保険を使わず自費で診療を受けていても構いませんが、健康保険で診療を受けられない美容整形などでは支給されません。
- 就労できないこと（労務不能）**…今までやっていた仕事に就けない場合を言います。
- 4日以上仕事を休むこと**…療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間（待期）あつたうえで、4日以上休んだ場合に、4日目から支給が開始されます。
- 給料を受けられないこと**…給料を受けていても傷病手当金の額より少ないときは差額が支給されます。

※ 傷病手当金を受けられる期間（1年6ヶ月）が残っていても、①厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金、②退職後、老齢厚生年金等をうけられるようになると、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金（同時に障害基礎年金を受けられるときはその合算額）や老齢厚生年金等の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されるなどの調整が行われます。

※ 傷病手当金と出産手当金を同時に受けられるようになったときは、出産手当金の支給が優先されます。ただし、出産手当金の支給額が傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます。

※傷病手当金は1ヶ月毎に提出してください。

No.....

標準報酬月額 千円	資格取得	年	月	日					
	資格喪失	年	月	日					
	支給期間	前	始	終	年	月	日		
傷手受給歴	□あり(期間: ) □なし		照会	本人	月	医師	月	事業主	月

健康保険

### 傷病手当金 請求書

(第 1 回目)

※記入方法等については裏面の【申請及び記入上の注意】をご覧ください。

(該当条文案法第 99 条)

(規則第 84 条)

② 被保険者証の 記号	9999	③ 氏名	東広 太郎		
番号	99999	生年月日	昭・平	31	年 4 月 1 日生
④ 現住所 電話番号	〒 104 - 0045		日中連絡の取れる電話番号 090 ( 1234 ) 0000		
東京都中央区築地 ○-○-○					
⑤ 事業所の名称	株式会社 アドけんぼ		⑥ あなたの業務種別 (仕事内容)	営業	
※退職された方は在職時の事業所名称					
⑦ 療養を必要とした病名とその病気の発病又は負傷年月日	(1)	右膝前十字靭帯損傷	令和	3	年 3 月 16 日
	(2)		令和		年 月 日
	(3)				日
⑧ 発病原因及び状態について詳しく	スキー滑走中に、林間コースで木に激突し負傷した。				
※発病原因が仕事に起因する場合には、裏面の3をご参照ください	発病した時の状態について： 負傷直後に右膝に激痛が走り、救急車にて搬送される。				
⑨ 療養の為に休んだ期間	令和	3	年 3 月 16	日から	令和 3 年 4 月 15 日まで 31 日間
⑩ 上記⑨の欄の期間中における療養状況について詳しく	症状やどのように過ごしたかを具体的に： 手術が必要と診断され即日入院となる。翌日3月17日に前十字靭帯形成の手術を受ける。 入院中にリハビリを受け、4月10日に退院となる。退院後もリハビリ通院継続中。 受診日(通院日)： 3/16~4/10(入院期間) 4/15 医師からの指示内容： 処方された薬をしっかりと服薬し、リハビリを継続すること。 自宅においても膝の曲げ伸ばし及び筋トレを行う事。				
⑪ 上記⑨の欄の期間について事業主より給与(報酬)を	受けた( ) 受けていない( )。今後、受けることが(出来る( ) 出来ない( ))。				
⑫ 給与(報酬)を受けたまたは受ける事が出来るときは、その報酬の額と対象期間	令和	3	年 3 月 1	日から	令和 3 年 3 月 31 日まで の分として 18,400 円
⑬ 公的年金【基礎年金・老齢年金・障害厚生(基礎)年金等】または障害手当金を受給していますか	いいえ( ) 申請中( ) はい( )		⑭ 基礎年金番号		
申請中、受給中の年金の種類	障害(基礎)年金の場合は傷病名				
⑮ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。	いいえ( ) 請求中( )		請求先の労働基準監督署		
⑯ 資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関に記入してください。					
銀行番号	支店番号		銀行		
フリガナ					
口座名義					

外傷性のケガによる場合は、別途「負傷原因届」の提出をお願いいたします。

公的年金等を申請中または受給中の場合は、記入漏れのないう、基礎年金番号、年金の種類、障害(基礎)年金の傷病名すべてにご記入ください。

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行印

○初回請求時は、請求期間とその期間前12ヶ月分の賃金台帳の写しと  
請求期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

A 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。）													出勤	有給																									
3	年	3	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	計	0	日	0	日
3	年	4	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	計	0	日	0	日
年	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	計	日	日				
B うえの期間中の報酬を全部または一部支給した（する）場合はその内訳を記入してください。													C 給与の支払日 毎月 末 日締切 当月・翌月 末 日支払																										
報酬の名称		(自)			(至)			支給額			日額			支払日																									
		年	月	日	年	月	日	日間	百万	拾万	万	千	百	拾	円	円	月	日																					
(ア)																																							
(イ)																																							
(ウ)																																							
(エ) 通勤手当		3	3	1	3	3	31	31			1	8	4	0	0			614	2	28																			
D うえの期間中の報酬の支給を（した・しない）。支給日以降、遡及して支給するものが（ある・ない）。																																							
E 備考 通勤手当は回収しない。																																							
うえのとおり相違ないことを証明します。													F 担当者氏名 総務課 ○○			令和 3 年 4 月 30 日																							
事業所住所		東京都中央区銀座〇-〇-〇																																					
事業所名称		株式会社 アドけんぼ																																					
事業主氏名		健保 太郎											電話番号 03 ( 1234 ) 5678																										

A 患者氏名		東広 太郎																							
B 労務不能と認めた傷病名													C 発症または負傷の年月日						D 初診日（診療開始日）						
(1) 右膝前十字靭帯損傷		昭・平・令 3 年 3 月 16 日						昭・平・令 3 年 3 月 16 日																	
(2)		昭・平・令 年 月 日						昭・平・令 年 月 日																	
(3)		昭・平・令 年 月 日						昭・平・令 年 月 日																	
E 発症または負傷の原因		スキー滑走中に木にぶつかり負傷																							
F 労務不能と認めた期間		令和 3 年 3 月 16 日から 令和 3 年 4 月 15 日まで 31 日間																							
G 上記Fの欄のうち入院期間		令和 3 年 3 月 16 日から 令和 3 年 4 月 10 日まで 26 日間																							
H 手術年月日		平・令 3 年 3 月 17 日			I 退院年月日			平・令 3 年 4 月 15 日			J 療養費用の別			健保 自費											
K 診療実日数		27 日			L 受診日			3/16~4/10（入院期間） 4/15						M 転帰			治療 繰越 中止 転医								
N 上記Fの欄の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等【詳しく】		令和3年3月17日手術施行。手術後、療養（リハビリ）のために外来通院。																							
O 投薬		あり（[ 4月10日に 5 日分処方][ 4月15日に 7 日分処方][ 月 日に 日分処方]） □なし																							
P 通院指導の有無		あり（ 1 週間 / 1 回） □なし→その理由： 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 歩行が極めて困難であったため。																							
Q 就労の見込みについて		A. 令和 年 月頃から就労可能の見込み B. 現時点では不明																							
R 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		S 人工透析を実施または人工臓器を装着した年月日			T 平成 年 月 日			U 人工臓器等の種類						ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他（ ）											
V 上記のとおり相違ありません。		令和 3 年 5 月 1 日																							
W 医療機関の所在地		長野県長野市〇-〇-〇																							
X 医療機関の名称		〇〇総合病院																							
Y 医師の氏名		医師：〇〇〇〇											電話番号 026 ( 1234 ) 5678												

東京広告業健康保険組合

○Bの欄で傷病名が複数ある場合は、傷病名欄は(1)から主たる病名を順次記入してください。  
○Fの欄は治療期間でなく療養のため就労できなかったと認められる期間（証明日以前のものに限る）を記入してください。  
★【共通注意事項】ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。