

健康保険 傷病手当金 請求書 [第 回]

傷病手当金付加金

記入例を参考に、必要事項を記入してください。「今回の請求期間」が経過してから申請してください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		事業所の名称 (*1)		
	記号	番号			慶應義塾・慶應義塾大学医学部		
	1						
	生年月日		被保険者の住所	(フリガナ)			
	昭和	年月日		〒			
	平成	年月日	電話(携帯)	()	内線		
			メールアドレス	@			
	労務不能期間(今回の請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	第三者行為によるものですか (*2)	はい・いいえ		
	傷病名			発病又は負傷年月日(療養開始日)	平成 年 月 日 令和		
	発病・負傷の原因	※就業時間中・出勤途上の負傷は、原則、労災保険適用です。					
障害年金・障害手当金・老齢年金・雇用保険等受給 (*1, 3, 4)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定含む。右記いずれかに○をしてください)		<input type="checkbox"/> 障害年金・障害手当金(傷病名:) <input type="checkbox"/> 老齢年金(年金制度名:) <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給(予定)				
上記年金等受給額・受給開始年月日 ※上記年金等が「有」の方のみ記入	受給額(年額)	円	受給開始年月日	平成 年 月 日 令和			
報酬の支払い (*1)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定含む)	報酬支払の基礎となる期間と金額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	円			
現在の保険証 (*1, 5) ※「退職者」の方のみ記入	1. 慶應義塾健康保険組合の任意継続被保険者 2. 国民健康保険()市区町村 3. 全国健康保険協会()支部の被扶養者 4. ()健康保険組合・共済組合の被扶養者						
支払金融機関 ※第1回目請求のみ記入	銀行 本店 金庫 支店		預金種別	1.普通 2.当座 3.その他	口座名義 (フリガナ)		
私は、今月(傷病手当金受給月)、障害年金、障害手当金、老齢年金(在職老齢年金を除く)、雇用保険、その他報酬を受取っていないことを証明します。万一受取っていた場合は、傷病手当金をお返しすることをお約束いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ※上記「障害年金・障害手当金・老齢年金・雇用保険等受給」「報酬の支払い」で「無」に○をつけた方のみ、証明欄に記名してください。							

- 【注意】*1「事業所の名称」「障害年金・障害手当金・老齢年金・雇用保険等受給」「報酬の支払い」「現在の保険証」欄はいずれかに○をしてください。
- *2 傷病が【第三者行為によるもの】である場合
別に「第三者行為による傷病届」一式を提出してください。自損事故の場合は、別に「外傷性傷病届」一式を提出してください。
- *3 【老齢年金(在職老齢年金は除く)】又は【障害年金】を受給している場合
初回申請時に、①年金証書の写し ②受給額及び支給開始年月日を証明する書類並びに直近の受給額を証明する書類の写し(年金額改定通知書等) ③身体障害者手帳(病名記載頁)の写し(障害年金・障害手当金受給者のみ)を添付してください。
受給額の変更があった時には、至急、変更後の受給額が分かる書類を提出してください。
- *4 退職者について
・【雇用保険】を受給する場合
傷病手当金を受給することができません。「受給されていない方」もしくは「延長中」の方は、退職後、初回申請時に次の証明書類を添付してください。
イ) 雇用保険受給申し込みされていない方…離職票 I の写し
ロ) 雇用保険受給期間を延長されている方…雇用保険受給期間延長通知書の写し
・上記の「現在の保険証」が2~4のいずれかに該当する場合
現在加入の保険証の写しを、請求の都度、添付してください。
- *5 当健保組合資格取得日から1年未満の方(新卒者除く)は、初回申請時に、「傷病手当金・付加金支給申請に伴う調査に係る同意書(所定用紙)」を添付してください。

健保記入欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
	支給期間	年 月 日	~	年 月 日	支給決定額	
	支給日数	日	※直近12ヶ月の標準報酬月額平均	円	計	円
	傷病手当金 支給額	日額 × 支給率 × 日数	=	支給額	円	円
	傷病手当金付加金 支給額	日額 × 支給率 × 日数	=	支給額	円	円

常務理事	事務長	担当者

~~~~~ 受付甘付印 ~~~~~

|                |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|----------------|--------------------------------------------|------|--------------------------------|----|-------|---|------------------------|---|---|---|---|----|----|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 事業主による証明欄      | 労務に服さなかった期間                                |      | 出勤:○、有給:△、公休:公、欠勤:／ で表示してください。 |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 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 | 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 | 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 | 日 | 日 |
|                | 上記の期間に対して賃金(通勤手当等含む)の支給                    |      | 無 ・ 有                          |    | 給与の種類 |   | 月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他( ) |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                | 上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した(する)場合は、記入してください。 |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                | 支                                          | 給    | 区分                             | 期間 | 単価    | 月 | 日                      | 月 | 日 | 月 | 日 | 月  | 日  | 賃金計算方法(次勤控除計算等) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    | 支給額             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            |      | 基本給                            |    | 円     |   |                        |   |   |   |   |    |    | 円               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            |      | 通勤手当                           |    | 円     |   |                        |   |   |   |   |    |    | 円               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            | 住宅手当 |                                | 円  |       |   |                        |   |   |   |   |    | 円  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            | 扶養手当 |                                | 円  |       |   |                        |   |   |   |   |    | 円  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            |      |                                | 円  |       |   |                        |   |   |   |   |    | 円  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            |      |                                | 円  |       |   |                        |   |   |   |   |    | 円  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                |                                            | 計    |                                | 円  |       |   |                        |   |   |   |   |    | 円  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 上記のとおり証明いたします。 |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 令和 年 月 日       |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 事業主名称          |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 所在地            |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 電話             |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 氏名             |                                            |      |                                |    |       |   |                        |   |   |   |   |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                  |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|-----|-------------------|----|---|-----|----|---------------|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 療養を担当した医師による意見欄                                                                                         | 患者氏名                                                                                                                                             |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               | 傷病名(主病) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                         | 発病又は負傷の原因                                                                                                                                        |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                         | 発病又は負傷の年月日                                                                                                                                       | 平成 | 年 | 月 | 日   | 療養の給付を開始した期日(初診日) | 平成 | 年 | 月   | 日  |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                         | 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 | 労務不能期間中の実診療日数 |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                         | 労務不能期間中の実診療日を○で囲んでください                                                                                                                           | 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 |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                  | 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 |
|                                                                                                         |                                                                                                                                                  | 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 |
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>「労務不能期間」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」等(詳しく)</li> <li>症状の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所見(詳しく)</li> </ul> |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                         | 上記のとおり相違ありません。                                                                                                                                   |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                         | 令和 年 月 日                                                                                                                                         |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関名称                                                                                                  |                                                                                                                                                  |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 所在地                                                                                                     |                                                                                                                                                  |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 電話                                                                                                      |                                                                                                                                                  |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医師氏名                                                                                                    |                                                                                                                                                  |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <p>&lt;お願い&gt;<br/> 証明日以前の期間を証明願います。<br/> ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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)をご記ください。</p> |                                                                                                                                                  |    |   |   |     |                   |    |   |     |    |               |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |