記入例

レゾナック健康保険組合　常務理事 殿

健康保険　傷病手当金請求書（第　1回目）

被保険者（請求者）記入欄

① 被保険者情報	請求年月日	令和　〇年　〇〇月　〇〇日	② 事業所（会社）名称	任意継続	
	被保険者等記号・番号	記号：１２　／　番号：３４５６７	③ 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎	
	生年月日	□昭和 ☑平成　〇年　〇〇月　〇〇日　（〇〇歳）	業務内容（例：事務職、営業職、研究職など）	総務事務職	
	連絡先住所・電話番号	（〒 105－0000　）　東京都〇区△△〇丁目〇〇番地〇号 （TEL： ０３－〇〇〇〇－〇〇〇〇　）			
④ 請求内容	1．傷病名	腰椎椎間板ヘルニア ※けがの場合は「負傷原因届」を併せてご提出ください	2．発病または負傷年月日	□平成 ☑令和　〇 年　〇月　〇日	
	3．傷病原因	☑私傷病　□第三者行為　□交通事故　□その他 ※労災に該当する場合は請求できません ※第三者行為・交通事故の場合は「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください			
⑤	4．療養のために休んだ期間（請求期間）と日数	令和　〇年　〇月　〇日　から 令和　〇年　〇月　〇日　まで		〇〇日間	
⑥	1．上記療養のため休んだ期間（請求期間）に報酬（給与）を受けましたか。または今後受けられますか。	☑はい（報酬額　300,000 円）　□いいえ			
⑦ 他事項	2．障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	☑受給していない　□受給している　□請求中			
	2－①　受給している場合、どの年金を受給していますか。	□障害厚生年金　□障害基礎年金　□障害手当金			
	2－②　受給している・請求中の場合、受給の要因となる傷病名および基礎年金番号等をご記入ください。 ※受給している場合「年金証書・最新の振込ハガキの写」を添付してください。	傷病名： 受給開始日： 基礎年金番号： 年金額：　円			
⑧	3．老齢年金等の公的年金を受給していますか。	□受給していない　□受給している　□請求中			
	3－①　受給している・請求中の場合、年金の種類・基礎年金番号等をご記入ください。 ※受給している場合「年金証書・最新の振込ハガキの写」を添付してください。	年金の種類（名称）： 受給開始日： 基礎年金番号： 年金額：　円			
⑨	4．今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	□はい　□いいえ　□労災請求中			
	4－①　「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署			
⑩	5．介護保険サービスを受けていますか	□はい　□いいえ			
	5－①　「はい」と答えた場合、保険者番号・被保険者番号・保険者の名称をご記入ください。	保険者番号： 被保険者番号： 保険者名称：			
⑪	受取方法	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 （利用する場合は☑　利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します			
⑫	振込先指定口座	金融機関名称：ゆうちょ　銀行　一二三　支店（出張所）			
		預金種別：☑普通　・　□当座	口座番号：1 2 3 4 5 6 7		
		口座名義：ケンポ　タロウ			

K002 退

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

◆受給要件：以下の４つの要件全てに該当した場合に請求することができます。
1．病気・けがのための療養中（自宅療養でもよい）
2．病気やけがの療養のために今まで行っていた仕事につけない
3．続けて３日以上休んでいる
※続けて休んだ場合の４日目から支給されます。
※初めの３日間は「待期期間」といい、支給されません。
4．給料等をもらえない
※給料等をもらっていても、その額が傷病手当金より少ないときは差額が支給されます。

◆「被保険者（請求者）記入欄」記入要領（記入例の番号と照合してください）
共通：□は該当するものに✓をご記入ください。
①本請求書を健保組合に提出する日をご記入ください。
②任意継続被保険者の方は『任意継続』とご記入ください。その他の方は退職した会社名をご記入ください。
③被保険者死亡の場合は、相続人氏名もご記入ください。
④第三者行為、交通事故に該当した場合は事前に健保組合にご連絡ください。
⑤土日祝日会社休日等含め、休んだ期間の歴日数をご記入ください。
⑥在職期間中の分を請求する方のみ請求期間内の報酬（給与）支払いについてご記入ください。
⑦傷病手当金と同一の支給事由での障害年金・障害手当金の受給についてご記入ください。
⑧老齢年金の受給についてご記入ください。
⑨労災保険休業補償給付の受給についてご記入ください。
⑩介護保険サービスを受けている方はご記入ください。
⑪マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する方は□に✓をご記入ください。
⑫公金受取口座を利用しない方はご記入ください。ゆうちょ銀行を指定される方は、振込専用の店名（漢数字３文字）、口座番号をご記入ください。

◆添付書類（下記以外のものが必要となる場合がありますので、ご了承ください。）
※退職後の継続給付の初回申請時の必要書類については事業所担当者経由で健保へご確認ください。
❶傷病名がけがに該当する方 → 『負傷原因届』
❷傷病原因が第三者行為または交通事故の方 → 『第三者の行為による傷病届』
❸障害年金、老齢年金、労災休業補償給付請求中の方 → 『同意書（傷病手当金用）』
❹障害年金・障害手当金を受給している方
→(1)年金証書（写）…初回申請時または傷病手当金受給開始後に年金支給が開始されたとき
(2)障害年金請求時の診断書（写）…初回申請時または傷病手当金受給開始後に年金支給が開始されたとき
(3)傷病手当金請求期間に該当する年金額等証明書類…年金振込通知書（写）、年金額改定通知書（写）など
❺老齢年金を受給している方
→(1)年金証書（写）…初回申請時または傷病手当金受給開始後に年金支給が開始されたとき
(2)傷病手当金請求期間に該当する年金額証明書類…年金振込通知書（写）、年金額改定通知書（写）など
❻労災保険休業補償給付を受給している方 → 休業補償給付支給決定通知書（写）

◆送付先
・退職後に在職期間中の分を請求する方 … 事業所（会社）の健康保険手続き担当者
・退職後の継続給付初回請求の方 … 事業所（会社）の健康保険手続き担当者
・退職後の継続給付２回目以降の方 … 健保組合

◆その他
・労務不能の日ごとにその翌日から起算して２年を経過した場合は請求ができません。
・毎月 25 日までに到着した請求分を翌月 25 日（休日の場合は前日）に給付いたします。
・任意継続の方の給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。その他の方には給付金明細が記載された『保険給付決定支払通知書』を送付いたします。

健康保険　傷病手当金請求書（第　1 回目）

事業主証明欄・医師の意見欄

事業主が証するところ

被保険者氏名	健保　太郎				
⑬ 労務に服さなかった期間	令和　○年　○○月　○○日　から　令和　○年　○○月　○○日　まで　○○日間				
⑭ 上記期間中の年休、欠勤、休職等の期間	年休	令和　○年○○月○○日　から　令和　○年○○月○○日　まで　○日間			
	欠勤	令和　○年○○月○○日　から　令和　○年○○月○○日　まで　○日間			
	休職	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
	（　）	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
⑮ 上記期間中、賃金を支給しましたか（しますか）？	☑ はい ☐ いいえ	給与の種類	☑月給　☐時間給 ☐日給　☐その他（　）	給与計算締日	末　日
				給与支給日	☑当月・☐翌月　25　日

上記期間中の報酬記入欄　（記入欄が足りない場合は別紙を添付してください。）　※勤務表（写）と賃金明細（写）を添付してください。

⑯ 期間／区分	単価	○月　○日 ～○月　○日分 支給額	○月　○日 ～○月　○日分 支給額	○月　○日 ～○月　○日分 支給額
基本給	300,000 円	円	300,000 円	（翌月歩引き）△134,408 円
通勤手当	10,000 円	（前月払い）　10,000 円	円	（翌月精算）△6,666 円
住宅手当	30,000 円	円	30,000 円	円
手当		円	円	円
計	340,000 円	円	円	円

＜備考＞
●歩引き計算式：
基本給÷所定労働時間×45%×所定労働時間×欠勤日数

●通勤費精算式：
月額÷30×欠勤日数

上記のとおり相違ないことを証明する。

⑰（担当者氏名　△△　△△　）
令和　○年　○○月　○○日

事業所所在地　東京都○区△△○丁目○○番○○号
事業所名称　株式会社○○○○○
事業主氏名　代表取締役社長　□□　□□
電話番号　03-000-0000

医師が意見を記載するところ

患者氏名					
⑱ 傷病名	(1) (2)		左記傷病に対する初診日	(1)　年　月　日（頃） (2)　年　月　日（頃）	
発病または負傷の年月日	□平成 □令和　年　月　日		発病または負傷の原因		
⑲ 労務不能と認めた期間 ※証明日以前の期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間		左記期間中の入院した期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間	
療養費用の別	□健保　□公費　□自費　□その他		転　帰	□治癒　□中止　□繰越　□転医	

診療実日数	日	診療日を○で囲んください		
		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	

診療実日数が０日の場合のみ、　診療せずに労務不能と判断された理由（詳しく）

上記『労務不能と認めた期間』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）

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

人工透析を実施または人工臓器等を装着した日	□平成 ・ □令和　年　月　日
人工臓器等の種類	□人工肛門　□人工膀胱　□人工関節　□人工骨頭 □心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　□人工透析　□その他（　）

上記のとおり相違ありません。　⑳ 令和　年　月　日

医療機関名
医師の氏名
電話番号

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

K002 退

【事業主の方へ】

◆「事業主証明欄」記入要領（記入例の番号と照合してください）

退職後に在職期間中の請求をする場合のみご記入ください。

共通：☐は該当するものに✓をご記入ください。

⑬請求期間内の休んだ日を土日祝日会社休日等含めてご記入ください。

⑭労務に服さなかった期間中の休業種別、期間、日数をご記入ください。（勤務表で確認できる場合は省略可）

⑮賃金支給がある場合、給与の種類、給与計算締日および給与支給日もご記入ください。

⑯賃金支給がある場合、こちらにご記入ください。前払い、翌月以降精算等は月ごとに分けてご記入ください。
＜備考＞には欠勤控除等の計算式をご記入ください。（賃金明細余白にご記入いただく場合はその旨）

⑰担当者氏名欄は記入担当者がご署名ください。

◆添付書類

証明した期間の勤務表（写）、賃金明細（写）

◆その他

・資格喪失日以降の証明は不要です。

【療養担当の方へ】

◆「医師の意見欄」記入要領（記入例の番号と照合してください）

共通：☐は該当するものに✓をご記入ください。

⑱複数の傷病名がある場合、(1)から主たる傷病名を順次ご記入の上、右側に対応する初診日を元号からご記入ください。

⑲証明日（⑳の日付）以前の期間で、療養のために就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。

◆その他

・転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者（医師等）の意見を受けてください。