

傷病手当金請求書

受付番号 _____

(第 _____ 回目)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出

【備考欄】

① 平成13年4月1日より、任意継続被保険者及び資格喪失後継続して傷病手当金を受給する者が、老齢又は退職を支給事由とする年金を受給する場合は、障害年金同様の支給調整が行われますので、「年金証書又はこれに準ずる書類の写し」・「直近の年金額を証明する書類」を添付してください。

② 傷病手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたします。傷病手当金を事業所経由で受け取る場合は、事業所経由で受け取る を付けてください。

③ 在職期間の請求を行う場合は、(様式番号 給付4) 給与支給額証明書(事業主証明)を添付してください。

④ 個人口座への振込の場合、伊藤忠連合健保(本人個人口座・事業所経由で受け取る)場合、伊藤忠連合健保(事業主証明)を添付してください。

被保険者の 記号 番号	(被保険者の氏名)	
	(年齢 歳)	
被保険者の 現住所	〒 _____ 電話 (_____)	
事業所の 名称	標準報酬月額 _____ 千円	
資格取得 年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 令和 _____	業務の 種別 _____
発病(負傷) 年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____	傷病名 _____
発病(負傷)の 原因を詳しく	_____	
療養をする為 休んだ期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から	日間
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
上記期間分の報酬を受けられますか?	<input type="checkbox"/> 受けられない <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられる	
(1) 外傷(ケガ)による申請ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※1『はい』と回答された方は、別紙(3ページ目)負傷原因の回答をご記入いただき添付ください。(一度提出されている方は不要です。)
(2) 障害年金(手当金)を受給していますか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> いいえ	傷病名をご記入ください。(障害年金(手当金)を受給している方のみ)
(3) 退職した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> いいえ	【受給開始年月日】 _____ 【年金額】 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月から _____ 円
※2 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受けている場合は、年金証明書及び裁定通知書・年金額改定通知書の写しを添付してください。↳退職者のみ		
傷病手当金を受け取る金融機関		
↓ <input type="checkbox"/> 個人口座への振込・ <input type="checkbox"/> 事業所経由で受け取る のいずれかを選択下さい。(□に☑を入れてください。)		
個人 口座 への 振込	銀行 名	銀行・信託銀行 信金・農協・信組 その他(_____)
	支店名	支店・出張所 本店・営業部 その他(_____)
	銀行コード 支店 番号	支店 番号
口座 番号	1: 普通 2: 当座 3: その他 (_____)	カタカナ 名義 _____
事業 所 経 由 で 受 け 取 る	委任状 (事業所経由で受け取る場合)	
	本請求に基づく給付金に関する受領を _____ 殿に委任します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名 _____	

提出前にご確認下さい

- ◆提出書類
 - 傷病手当金請求書 (1枚目及び2枚目)
 - 給与支給額証明書 (様式番号 給付4) (在職期間の請求の場合)
- ◆その他提出書類
 - 負傷原因の回答 (3枚目) (※1に該当される方)
 - 年金関係の証明書・証書・通知書等 (※2に該当される方)

【受付印】 (健保処理欄)

	被保険者の	記号：	番号：	氏名：						
療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名			傷病が結核性であるか否か	結核性 非結核性					
	発病または負傷の原因									
	発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	平成・令和	年	月	日
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間		
		令和	年	月	日まで					
	(期間の計算例) 3月2日から3月20日までは、19日間となります。									
	傷病の主症状及び経過概要									
	入院した期間がある場合はその期間	令和	年	月	日から	日間	入院の費用の別			
		令和	年	月	日まで		健保	・	老健	・
	うえ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										
電話番号										
医師の氏名										

【医師の注意事項】

◇ 療養の給付を開始した年月日は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載してください。
 ◇ 傷病の主症状及び経過概要は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術をした場合は手術の名称と手術年月日を記載してください。
 ◇ 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。
 ◇ 期間計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。例えば、三月二日から三月二〇日までは、一九日間となります。

負傷原因の回答

(事業所名)

被保険者の	記号		被保険者		
	番号		の氏名		
負傷者の氏名				被保険者 との続柄	
連絡先	(自宅・会社・携帯・その他)				

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)しましたか。 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/>出勤・<input type="checkbox"/>退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他()</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/>職場の行事・<input type="checkbox"/>職場の行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無) <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → $\left\{ \begin{array}{l} \square \text{ あなたは被害者} \\ \square \text{ あなたは加害者} \end{array} \right.$ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届が必要となります。当組合にご連絡をください。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. <u>負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</u></p> <p>_____</p>
--	--	---