

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

(第 回目)

請求日 2024年 9月 1日

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者の 記号と番号	記号 1 番号 23456	② 被保険者の 氏名・生年月日	健保 太郎					
	③ 被保険者の 住所	(〒 123 - 4567) 群馬県高崎市〇〇町1-2-3			TEL	012-345-6789			
	④ 事業所 の名称	太陽誘電(株)高崎グローバルセンター							
	⑤ 傷病名	急性虫垂炎	⑥ 発病または 負傷の年月日	R6年 9月 10日					
	⑦ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	R6年 9月 11日 から R6年 9月 24日 まで			14 日間				
	⑧ 請求期間中 の療養状況	請求期間中の症状を詳しく記入ください 仕事から帰り、自宅で過ごしていたら、急にお腹が痛くなった。 手術のため入院(9/11~17)その後1週間の自宅療養。 医師からの治療に関する指示内容 入院期間中(9/11~17)は安静。その後1週間の自宅療養。							
	⑨ 「障害厚生年金」又は 「障害手当金」を受給・ 受給予定していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:傷病名()	はい の場合 記入	受給開始年月	年 月	年間年金額	円	障害の等級	級
	⑩ 老齢年金について	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 未請求		<input type="checkbox"/> 年金改定	年 月 改定	年間年金額	円	<input type="checkbox"/> 手続き中	
						受給年金額 (年額)	円		
	* ⑨ ⑩ を受給されている方は、「年金証書」(写し)と「年金振込書」(写し)を添付して下さい								

【被保険者の方へ】

事業主・療養担当者(医師)の証明が必要となりますので、『傷病手当金・付加金請求書2/2』も
ご手配ください。なるべく給与の締め日(月末、20日等)に合わせ1カ月毎に申請ください。

< 受付印

※第1回目の請求の場合は、下記書類を添付しご提出ください。

- ・傷病手当金請求に伴う本人状況報告書…別添②(必要に応じて二回目以降も提出を求める場合あり)
- ・同意書…別添③
- ・負傷原因調査書(ケガでの申請の場合のみ提出)…別添④

※提出の際、『傷病手当金・付加金請求書2/2』の「療養担当者が意見を記入するところ」に
医師の捺印がない場合は、以下の書類を添付してください。

- ①申請期間中に診察を受けて医療機関の「領収書」のコピー
- ②医療機関が傷病手当金申請書に記入した際の傷病手当金意見書交付料が記載された「医療費明細書」のコピー

太陽誘電健康保険組合

傷病手当金・付加金請求書 1/2

*提出経路【本人記入 ⇒ 医療機関(証明) ⇒ 事業主(総務等の事業所担当) ⇒ 健康保険組合】

R6.09

事業主が証明するところ	⑪給与締日と支払日を記入して下さい。		締日	日	支払日	(当月・翌月)	日																										
	⑫労務に服さなかった日(該当する日を○で囲むこと)																																
	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	日間
	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	日間
	上記期間中で出勤した期間				/	~	/	日間	上記期間中で有給休暇をとった期間				/	~	/	日間																	
	⑬労務に服さなかった期間中の賃金の支払いについて(1)、(2)のいずれかに○をつけてください。 (1) 現在までも将来も支給しない。 (2) 全部支給又は一部支給した(する)。下記にその内訳を記入して下さい。																																
	項目																																
	月分																																
	月分																																
	※出勤簿(写)、賃金台帳(写)を																																
⑭上記のとおり相違ない事を証明いたします。 年 月 日 事業主 住所 氏名 (印)																																	

事業主にて記入・証明お願いします

療養担当者が意見を記入するところ	④患者氏名		⑥ 労務不能の要因となった傷病名			
	③発病又は負傷の年月日		年 月 日	⑦ 療養の給付を開始した年月日(初診日)		
	⑤ 発病又は負傷の原因					
	⑧ 労務不能と認めた期間		年 月 日 から	日間	⑨ 左の期間中の入院期間	年 月 日 から
			年 月 日 まで			年 月 日 まで
	⑩初診日が⑧労務不能と認めた初日より遅い場合		※初診日が労務不能と認めた初日より遅い場合、下記にその理由を記入してください			
	⑪ 上の期間中の診療実日数		日間	診療日を○で囲んでください	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
			※診療実日数が0日の場合、下記にその理由を記入してください			
	⑫ 上記の期間中における「主たる症状及び経過」					
			担当医師にて記入・証明お願いします			
⑬ 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			⑭ 今後の見通しについてご記入ください			
			A. 引き続き加療を要する 年 月頃まで加療見込み			
			B. 年 月頃から就労可能の見込み			
			C. その他()			
上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日			
医療機関の所在地						
医療機関の名称						
医師の氏名			(印) TEL ()			