

# 健康保険 傷病手当金請求書

① (第 回目)

年 月 日

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	②被保険者証の記号・番号		③被保険者の氏名 (フリガナ)			
	記号	番号	生年月日	年	月	日
	④被保険者の現住所			TEL		携帯
						メール
	⑤事業所名称			⑥所属部署		
	⑦被保険者の資格を取得した年月日			⑧発病又は負傷の年月日		年 月 日
	⑨被保険者の業務の内容		⑩傷病名			
	⑪1回目の申請の場合は発症の状態、負傷原因を詳しく記入。 2回目以降の申請の場合は⑬の期間の傷病の状態を詳しく記入。					⑫傷病の原因について
						第三者行為ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
						業務上ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
					※「はい」の場合は健保にご連絡をお願い致します。	
⑬疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間 (請求期間)		年 月 日から		日間		
		年 月 日まで				
⑭障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか			いいえ ・ はい ・ 手続中			
⑮で「はい」または「手続中」の方 障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名及び受給開始年月日			傷病名 ( )			
基礎年金番号(年金証書の記号番号)			受給開始 年 月 日			
年金額(年額)			円			
任意継続被保険者・資格喪失の方へ	⑯高齢年金又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ ・ はい ・ 手続中			
	⑰で「はい」または「手続中」の方 受給開始年月日		年 月 日			
	基礎年金番号(年金証書の記号番号)					
	年金額(年額)		円			
⑰振込希望口座		銀行・農協		本店		
		信金・信組		支店		
預金種別	普通当座	口座名義	フリガナ	口座番号		

受 取 代 理 人	⑱ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 年 月 日				
	被保険者氏名		被保険者住所		
	代理人氏名 (フリガナ)	代理人住所		委任者との関係	電話番号
代理人記入欄	フリガナ				

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的にのみ使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

年 月 日

社会保険労務士の提出 代 行 者

受付日付印

事業主が証明するところ	⑩ ④労務に服さなかった期間		自 年 月 日		日間		
	至 年 月 日						
	⑪ 給与形態	給与〆切り日( 日)		勤怠〆切り日( 日)		当月・翌月	
	給与支払日( 日)		当月・翌月		月給・日給・時給・その他( )		
	上期間の内訳		欠勤は〆、有給は△、出勤は○、公休は公、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	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			
⑫ 通勤手当	有・無 (精算済の場合は無に○)	～ 年 月 日	円( カ月分)	事務担当者氏名			
⑬ ④の期間として、現在までもまた将来も報酬を支給しない場合はその理由					※フレックス制の場合 請求期間中の所定労働時間 ( )時間 請求期間中の実労働時間 ( )時間		
⑭ 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL ( )							

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑮ 傷病名					
	⑯ 発病または負傷の原因					
	⑰ 発病または負傷の年月日	年 月 日	⑱ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日		
	⑲ 労務不能と認められた期間	年 月 日から	日間	⑳ 左の期間中の診療実日数	日間	
	㉑ 傷病の主症状、経過概要および労務不能と認められた医学的所見等	(1) ㉑の期間中における主症状および経過(治療内容、検査結果、療養指導を詳しく)				
		(2) 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				
	人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施、または人工臓器を装着した日		年 月 日		
	人工の臓器等の種類	ア、人工肛門、 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析 キ、その他( )				
	㉒ 上記の期間に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日から	日間	㉓ 手術年月日	年 月 日	
		年 月 日まで		㉔ 退院年月日	年 月 日	
㉕ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関所在地(住所) 医療機関名 医師 氏名 TEL ( )						

※医師へのお願い→㉑欄「労務不能と認められた期間」に記入する日付は、未来の日付の記入はしないでください。  
この意見書の記載日(㉑欄の日付)より前の日付を記入してください。  
訂正箇所には訂正印を押印願います。  
医療機関の所在地・名称が手書きの場合、ご確認させていただくことがあります。

# 傷病手当金を請求される方へ

エイベックス・グループ健康保険組合

## ■傷病手当金とは

被保険者が病気やケガの治療のため会社を休み、その期間給与が支払われないときに、被保険者の生活保障を目的として「傷病手当金」が支給されます。

※業務上および通勤中の事故による傷病は「労災保険」で扱われます。

## ■支給要件

- 1) 業務外の事由による病気やケガのため療養中であること。
- 2) 仕事に就けないこと(労務不能であること)。 ※医師の証明が必要
- 3) 連続した3日(待期期間)以上休んでいること(4日目から支給対象期間)。
- 4) 給与等が支払われていない、または支払われている額が傷病手当金の額より少ないこと。

## ■支給期間・内容

- ・傷病手当金の支給期間は支給開始日から通算**1年6ヵ月間**です。
- ・休業1日につき、**直近12ヵ月間の標準報酬月額平均額÷30×2/3相当額**が支給されます。

## ■支給調整について

- 1) 障害厚生年金・障害手当金を受給する場合は受けられません。(傷病手当金と同一傷病)
- 2) 傷病手当金の受給中に出産手当金を受けられるようになった場合は、出産手当金の給付が優先し、その間、傷病手当金の支給は停止されます。

障害厚生年金、障害手当金等の受給額が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。傷病手当金請求後に、障害年金の受給資格が発生した場合や受給額が改定された場合にはすみやかにご連絡ください。

- ・障害厚生年金、障害手当金を受給している(できる)方は、①最新の年金証書の写し、②年金振込通知書の写し、③受給事由となった傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写しを添付してください。
- ・労災保険から休業補償給付を受けている方は「休業補償給付支給決定通知書」のコピーを添付してください。

## ■医師の意見欄について

- 1) 記入もれ、間違いがないか確認をしてから提出してください。
- 2) 医師の労務不能証明は「**証明日以前の期間**」について記載してもらってください。
- 3) 傷病の主症状、経過概要、労務不能理由について詳細に記載してもらってください。

## ■支給日・支給方法

- ・支給決定後、基本的に毎月月末に被保険者の希望口座または代理人口座に振り込みます。
- ・健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。

## ■その他

- ・傷病手当金は生活保障を目的とした給付ですので、できるだけ給与支給期間(例:毎月16日～翌月15日分)にあわせて1ヵ月単位で請求してください。
- ・傷病手当金請求書は2ページです。
- ・被保険者ご自身をご記入ください。
- ・被保険者が亡くなられた場合は法定相続人が請求してください。  
被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等が必要ですので健保へお問い合わせください。
- ・2枚目の「事業主が証明するところ」は事業主(会社)に記入を依頼してください。
- ・2枚目の「療養を担当した医師が意見を書くところ」は担当医師に記入・押印を依頼してください。  
この請求書以外の書式を使用される場合は、原本をご提出ください。
- ・記入もれ、書類不備等がある場合、支給が遅れる場合がありますのでご注意ください。

## ■お問い合わせ先

エイベックス・グループ健康保険組合 TEL:03-6772-2031

## 第1回目(初回)の請求について

第1回目の請求(初回のみ)には、「傷病手当金請求書」に以下の書類を添付のうえご提出をお願いします。

- ①「傷病手当金請求に伴う申請報告書」(別添①参照)・・・全員ご提出ください。
- ②「傷病手当金請求に伴う負傷原因届」(別添②参照)・・・外傷性のケガの場合のみご提出ください。
- ③「第三者の行為による傷病届」  
 ・・・他人の行為により病気やケガをした(第三者の行為による傷病の場合のみご提出ください。

### ■待期間

傷病手当金は、療養のため労務不能となった日から起算して第4日目より支給されます。

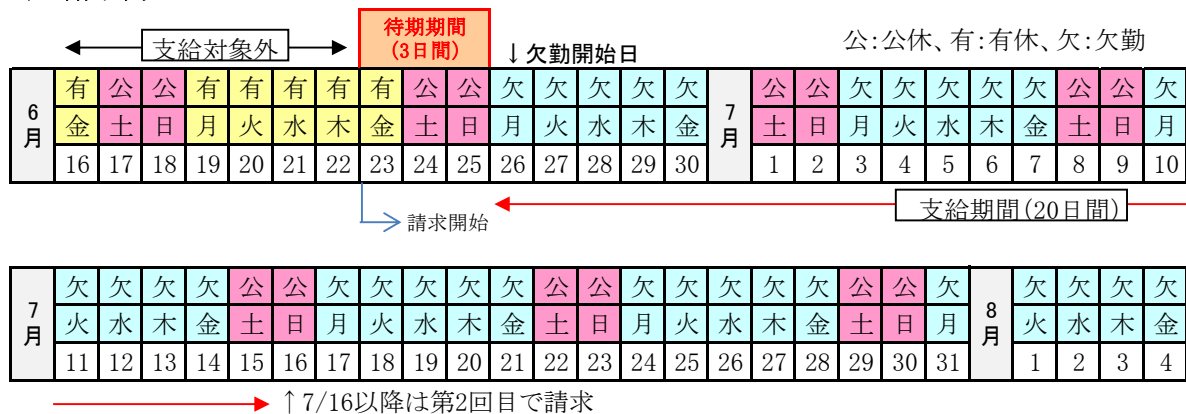
労務不能となった日から起算して3日間(待機期間)は傷病手当金の支給はありません。

※就労中に発生した傷病(業務外の事由)で労務不能となった場合には、その日も待期の初日として起算されます。

### ■請求(申請)期間について

- ・待期間(3日間)を含む期間を請求してください。
  - ※待期間内は傷病手当金の支給対象外の期間となります。
  - ※土日、祝日の公休日や有休日も待期間中に算入されます。
  - ※請求期間と医師の証明期間は同一にしてください。
- ・有給休暇の期間は傷病手当金の支給対象外となります。
  - ※会社から報酬を得ている期間となるため支給の対象外となります。
- ・傷病手当金は生活保障を目的とした給付ですので、できるだけ給与支給期間(例:毎月16日～翌月15日分)にあわせて1ヵ月単位で請求してください。
- ・短期間の請求(1ヵ月半など)となる場合は、1回にまとめてご請求いただいてもかまいません。

### ■傷病手当金請求例



初回の請求期間	6月23日 から 7月15日 23日間 (待機期間含め)
待期間	6月23日・24日・25日 で完成・・・待期間は公休・有休も含まれる
支給開始日/支給期間	6月26日 から支給開始 / 6月26日 から 7月15日 20日間 ※今回の請求期間の内、欠勤開始日からの20日間(待機期間は支給対象外)
2回目以降の請求	7月16日 から 8月15日 までの1ヵ月間を次回ご請求いただく。以降同じ。

# 健康保険 傷病手当金請求書

① (第 1 回目)

記入例

年 月 日

保険証をご確認ください

②被保険者証の記号・番号		③被保険者の氏名 (フリガナ)		ケンボ タロウ	
記号	1101	番号	9999	健保 太郎	
④被保険者の現住所		〒 000-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101		TEL	03-XXXX-XXXX
⑤事業所名称		〇〇〇〇〇〇(株)		携帯	090-XXXX-XXXX
⑦被保険者の資格を取得した年月日		H24 年 6 月 1 日		メール	〇〇〇@〇〇〇.ne.jp
⑥所属部署		〇〇部 (グループ) 〇〇課 (ユニット)		⑧発病又は負傷の年月日	
⑨被保険者の業務の内容		HPの運用・保守作業 (具体的に)		⑩傷病名	
⑩傷病名		左下腿骨折		⑪傷病の原因が「第三者行為」(他人の行為により病氣やケガをした)の場合は「第三者の行為による傷病届」を必ず添付してください。	
⑪①傷病が外傷性のケガの場合は「負傷原因届」(別添②)を必ず添付してください。		6月15日に私用で買い物に外出中、スーパーの階段で転倒し、左足を骨折した。		⑫傷病の原因について	
⑬疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間 (請求期間)		2018 年 6 月 23 日から		23 日間	
⑭障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		いいえ ・ はい ・ 手続中		必ずいずれかにチェックを記入してください。	
⑮休んだ期間(請求期間)		第1回目の請求は、待期間3日間をとり、4日目から支給となります。(有休日や公休日も待期間中に算入されます)		年 月 日	
⑯欠勤開始日の3日前(待機期間を含めた日)から請求してください。		有休を使用していない場合は労務不能となった始めの日から請求してください。		⑭⑮も必ずいずれかに○を記入してください。	
⑰傷病手当金は生活保障を目的とした給付ですので、できるだけ給与支給期間(例:毎月16日~翌月15日分)にあわせて1ヵ月単位で請求してください。		⑱老齢年金又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ ・ はい ・ 手続中	
任意継続被保険者・資格喪失者の方へ		⑲で「はい」または「手続中」の方 受給開始年月日		年 月 日	
⑲基礎年金番号(年金証書の記号番号)		基礎年金番号(年金証書の記号番号)		円	
⑲年金額(年額)		年金額(年額)		円	
⑳振込希望口座		銀行・農協		本店	
		信金・信組		支店	
預金種別		普通 当座		口座番号	
口座名義		フリガナ			

⑰ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		事業所(会社)へ委任をされる方は、⑳へ会社口座を記入のうえ、㉑もご記入ください。	
被保険者氏名		被保険者住所	
⑱ (フリガナ)		委任者との関係	
代理人氏名		電話番号	
代理人住所			

委任をされない方は、⑰は記入せず⑱のみご記入ください。

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的にのみ使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

年 月 日

社会保険労務士の提出 代 行 者

受付日付印

記載例

事業主が証明するところ	⑩ ④労務に服さなかった期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間
	⑧給与形態	給与切り日(日) 当月・翌月 勤怠切り日(日) 当月・翌月 給与支払日(日) 当月・翌月	月給・日給・時給・その他( )
	上期間の内訳		有給
	年 月		日
	年 月		日
	年 月		日
	③通勤手当		
⑪ ④の期間として、現在ない場合はその理由	<p><b>事業主が証明するところ</b> (事業主の皆様へ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・給与・通勤費等の支給・控除が確認できる賃金台帳を添付し、控除金額の計算方法を明記してください。</li> <li>・出勤状況が確認できる資料を添付してください。</li> </ul>		)時間 )時間
⑫ 年 月	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	TEL ( )	

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑭ 傷病名			
	⑮ 発病または負傷の原	因		
	⑮ 発病または負傷の年月日	年 月 日	⑯ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	⑰ 労務不能と認め	年 月 日から 年 月 日まで	日間	⑱ 左の期間中の診療実日数 日間
	⑲ 傷病の主症状、経過概要および労務不能と認められた医学的所見等	<p>(1) ⑰の期間中における主症状および経過(治療内容、検査結果、療養指導を詳しく)</p> <p><b>労務不能と認められた期間は必ず「証明日以前の期間」を記入してもらってください。(未来の証明を受けてもその期間は無効です。)</b></p> <p>(2) 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</p>		
	<p><b>療養を担当した医師の意見記入欄</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病の主症状及び経過はできるだけ詳細にご記入いただいでください。</li> <li>・医師の証明期間 と⑬の請求期間が同一になっていることを確認してください。</li> </ul>			
		臓器等を装着したとき	人工の臓器等の種類	ア、人工肛門、イ、人工膀胱、ウ、人工関節、エ、人工骨頭、オ、心臓ペースメーカー、カ、人工透析、キ、その他( )
	⑳ 上記の期間に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉑手術年月日 年 月 日 ㉒退院年月日 年 月 日
	㉓上記のとおり相違ありません。			
		年 月 日	<p><b>医師の証明日</b></p> <p>医療機関所在地(住所)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師 氏名</p> <p>TEL ( )</p>	

※医師へのお願い→⑰欄「労務不能と認められた期間」に記入する日付は、未来の日付の記入はしないでください。この意見書の記載日(⑲欄の日付)より前の日付を記入してください。訂正箇所には訂正印を押印願います。医療機関の所在地・名称が手書きの場合、ご確認させていただくことがあります。