

健康保険 傷病手当金請求書 ①(第 回目)

令和 年 月 日

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	②被保険者等		③被保険者氏名 (フリガナ)		④生年月日	昭和 平成	年	月	日							
	記号	番号														
	⑤被保険者の現住所 〒					TEL 携帯 メール										
	⑥事業所名称			⑦所属部署												
	⑧被保険者資格取得年月日		平成 令和	年	月	日	⑨発病または負傷年月日		令和	年	月	日				
	⑩被保険者の業務内容			⑪傷病名												
	⑫ 1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⑩の期間の傷病の状態を詳しく記入					⑬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いたします。										
	⑭疾病または負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間)		令和	年	月	日	から	日間				令和	年	月	日	まで
	⑮障害厚生年金または障害手当金を受給していますか					いいえ ・ はい ・ 手続中										
	⑯で「はい」または「手続中」の方 障害厚生年金保険または障害手当金の受給の原因となった傷病名および受給開始年月日					傷病名()										
						受給開始 令和 年 月 日										
	基礎年金番号(年金証書の記号番号)															
年金額(年額)					円											
任意継続被保険者・資格喪失者の方へ		⑰老齢年金また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											
		⑱で「はい」または「手続中」の方 受給開始年月日			令和 年 月 日											
		基礎年金番号(年金証書の記号番号)														
		年金額(年額)			円											
⑲振込希望口座		銀行・農協 信金・信組										本店 支店				
		預金種別	普通当座	口座名義	(フリガナ)					口座番号						
⑳ 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。 令和 年 月 日																
受 取 代 理 人 記 入 欄	被保険者氏名			被保険者住所												
	⑲ (フリガナ)															
	代理人氏名			委任者との関係												
代理人住所 〒			電話番号													

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金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いたしません。

社会保険労務士の
提出代行者

令和 年 月 日

受付日付印

事業主証明欄	㉔ ④ 労務に服さなかった期間	自 至	令和 令和	年 年	月 月	日 日	日間																											
	⑧ 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 ()																											
	上記間の内訳	欠勤は〃、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																									
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	㉕ 通 勤 手 当	有・無 (精算済の場合は無に〇)	令和 年 月 日 ～ 月 日 分	円 (カ月分)			事務担当者氏名																											
	㉖ ㉔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																											
㉗	令和 年 月 日											事業所所在地																						
												事業所名称																						
												事業主氏名																						
												TEL ()																						

療養担当医師意見記入欄	㉘ 傷病名													
	㉙ 発病または負傷の原因													
	㉚ 発病または負傷の年月日						㉛ 療養の給付を開始した年月日							
	㉜ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			㉝ 左の期間中の診療実日数			日間					
	㉞ 傷病の主症状、経過概要 および労務不能と認められた 医学的な所見等	(1) ㉜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												
		人工透析を実施、または人工臓器を装着したとき					令和 年 月 日							
		人工臓器等の種類					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 ()							
	㉟ 上記の期間に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			㊱ 手術年月日		令和 年 月 日			㊲ 退院年月日		令和 年 月 日	
	㊳ 上記のとおり相違ありません。	令和 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 → ㉜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 (㉞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して**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「事業主証明欄」は事業主(会社)に記入を依頼してください。
- ・2枚目の「療養担当医師意見記入欄」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いたします。

- 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。

■ 待機期間

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、その日も待機の初日として起算されます。

■ 請求(申請)期間について

- ・ 待機期間(3日間)を含む期間を請求してください。
 ※待機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機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)
待機期間	6月23日・24日・25日 で完成・・・待機期間は公休・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。

資格確認書等をご確認ください

健康保険 傷病手当金請求書

①(第 1 回目)

記入例

令和 年 月 日

②被保険者等の記号・番号 記号 1101 番号 9999		③被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	④生年月日 昭和 55 年 1 月 1 日 平成
⑤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 携帯 090-XXXX-XXXX メール 〇〇〇@〇〇〇.ne.jp	
⑥事業所名称 〇〇〇〇(株)		⑦所属部署 〇〇部(グループ) 〇〇課(ユニット)	
⑧被保険者資格取得年月日 平成 24 年 6 月 1 日 令和		⑨発病または負傷年月日 令和 6 年 6 月 15 日	
⑩被保険者の業務内容 HPの運用・保守作業 (具体的に)		⑪傷病名 左下腿骨骨折	⑬傷病の原因が「第三者行為」(他人の行為により病気やケガをした)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。
⑫ 1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⑭の期間の傷病の状態を詳しく記入		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。	
⑭疾病または負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間) 令和 6 年 6 月 23 日 から 令和 6 年 7 月 15 日 まで		⑮傷病の原因について 第三者行為ですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 業務上ですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合は健保にご連絡をお願いいたします。	必ずいずれかにチェックを記入してください。
⑯休んだ期間(請求期間) ・第1回目の請求は、待機期間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機期間中に算入されます) ・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。 ・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。		⑰年金額(年額) 円	⑱も必ずいずれかに○を記入してください。
任意継続被保険者・資格喪失者の方へ		⑲年齢年金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 checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ はい ・ 手続中 令和 年 月 日	
⑲振込希望口座 預金種別 普通 口座名義 (フリガナ)		銀行・農協 本店 信金・信組 支店	事業所(会社)へ委任をされる方は、⑲へ会社口座を記入のうえ、⑳もご記入ください。 委任をされない方は、⑲は記入せず⑲のみご記入ください。
受取代理人	⑳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。 被保険者氏名 _____ 住所 _____ 代理人氏名 _____ (フリガナ) _____ 委任者との関係 _____ 代理人住所 〒 _____ 電話番号 _____		

本紙に記載された個人情報、傷病手当金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いたしません。

社会保険労務士の
提出代行者

令和 年 月 日

受付日付印

記載例

事業主証明欄	⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	給与べ切り日 () 日 勤怠べ切り日 () 日 当月・翌月 給与支払日 () 日 当月・翌月	月給・日給・時給・その他 ()	
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	上諭 令和 令和 令和		有給 日 日 日
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		

事業主が証明するところ
(事業主の皆様へ)
・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。
・出勤状況が確認できる資料を添付してください。

療養担当医師意見記入欄	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

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。)

療養を担当した医師の意見記入欄

- ・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ってください。
- ・医師の証明期間 と㉑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。

令和 年 月 日	医療機関所在地(住所)	医療機関名	医師の証明日	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。