

傷病手当金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 原 因 及 び 入 経 過 を 記 入 す る と こ ろ	[1] 被保険者の 記号 - 番号	—	[2] 被保険者の 業務の種別	※業務内容を出来るだけ詳しく					
	[3] 被保険者の 氏名		[4] 被保険者の 生年月日	昭和・平成	年	月 日			
	[5] 事業所の 名称		[6] 事業所の 所在地						
	[7] 資格を取得 した年月日	平成・令和	年	月	日	[8] 標準報酬月額	000円		
	[9] 発病又は負傷 の年月日	平成・令和	年	月	日	[10] 傷病名			
	初 回	[11] ※※ 傷病 切に よつ ては 合入 が別 紙に と記 載さ され ませ ん と し て 下 さい	※発病又は負傷の原因、労務不能となった具体的な症状(自覚症状)、療養の状況等を具体的に記載してください						
			ア:(いつ)	午前	時頃	イ:(どこで)			
			ウ:(発症又は負傷の原因)						
			エ:(自覚症状として労務不能となった具体的な症状、勤務できない状態)						
	回 目 以 降	2	※勤務出来ない状況、現在の療養の状況、医師からの療養の指示(診察日以外の診療上の過ごし方)等について、具体的に記載してください						
ア:(自覚症状として労務不能となっている具体的な症状、勤務できない状態)									
イ:(医師からの療養の指示、実際の療養の状況)									
ウ:(労務に服するためにやっていること)									
	エ:(療養により表れている効果など)								
[12] 第三者行為に よるものですか	はい	いいえ	[13] 左の[12]で「はい」と答えた場合は その届出の有無	はい	いいえ				
[14] 労務に服することが できなかった期間	令和	年	月	日から	年間	[15] 左記期間中の 入院期間	月	日から	日間
[16] 障害年金・障害手当 金を受けている、又は受 けることができるとき ※受給している場合は、 傷病名と金額が分かる書 類のコピーを添付して下 さい	受給している		手続中		受給していない				
	(ア) 年金の種別	障害年金・障害手当金	(イ) 年金額		(ウ) 年金の支給事 由となった傷病名				
	(エ) 年金を受ける こととなった年月日	平成 令和	年	月	日	(オ) 障害年金を受けている場合は 基礎年金番号・年金コード			
[17] 被保険者名義の 振込希望金融機関 (会社に委任する場合は 会社の振込先)	預 金 種 別	1 普通 2 当座	銀行	本店 支店 出張所	口座名義人 (フリガナ) (名義)				
	支店コード			口座番号					
[18] 委任状 (会社に委任する 場合)	上記保険給付金の受領を所属事業所に委任します。								
	被保険者氏名	Ⓜ							
[19] 上記のとおり請求します。	令和 年 月 日								
	〒								
	住所								
	被保険者の 氏名	Ⓜ							
	TEL								

ひかり健康保険組合理事長 殿

- 申請書は、原則として同月間内単位で作成してください。ひと月分が数日の場合は翌月に合わせても結構ですが、月ごとの内容がわかるように作成してください
- 被保険者記入欄、療養を担当した医師の意見欄について、記載不足等の不備があると、受理することができなかつたり審査に時間がかかたりします
- 医師の意見、事業主の証明を受けた上、ひかり健康保険組合まで提出してください
- 詐病、怠惰、虚偽等があると、一切の支給を停止致します

療	[20] 傷病名	※労務に服することができない原因となっている傷病が複数併発している場合は、主傷病と副傷病が判別できるよう記載		[21] 発病又は負傷の原因																																		
	[23] 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	[22] 区分	業務上・業務外																																		
養	[25] 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで ※被保険者が休んだ期間とは関係なく、御専門家として臨床上労務不能と認められる期間を記入	[26] 診療実日数	日間 年 月 日から 年 月 日まで																																		
	[28] 療養費用の別	健保・実費・公費・その他()	[29] 転帰	治癒・繰越・中止・転医・その他()																																		
担	[30] 外来診療日 ([25]の期間中の外来診療日を○で囲む)	月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>	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	
	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																												
当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	[31]	ア: 傷病の主症状、労務不能の具体的症状 (通院したり薬を服用したりしながら働いている人もいる場合、それとの違いを含め)																																				
		イ: 症状の経過状況 (特に長期に及んでいる場合、発症からまた前月からの経過)																																				
		ウ: 治療内容、検査結果、手術の名称と年月日等																																				
	傷病の主状態、経過状況及び 労務不能と認められた理由等	エ: 療養の指示内容(処方がある場合は、服薬指示内容も)																																				
		オ: 症状及び経過等からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的な所見																																				
	※詳しく具体的に記載してください	カ: 今後、労務不能と認められる期間及び意見 ① 労務可能となる治癒見込み 令和 年 月 日から労務可能 ・ () 週間後頃から労務可能 ② 今のところ不明 理由 :																																				
		(上記カにおいて②を選択した場合) キ: 労務可能となるために、行っていく療養内容の内、負荷(短時間の労務など)をかけてみるという療法は本件には適するか ク: その他の意見等																																				
[32] 上記のとおり相違ないことを証明します。	電話 局() 番		令和	年	月 日																																	
住所(郵便番号・所在地)																																						
医師 医療機関名																																						
氏名	㊟																																					

1. 療養をご担当された医師の意見は、傷病手当金の支給・不支給の判断の基になりますので、楷書でできるだけ詳しく記載してください。
2. 記載不足等の不備があると、受理することができなかつたりご意見を賜る文書を送ったりする場合があります。

事業主が証明するところ	[40] 労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	日間	[41]標準報酬月額	000円							
	[42] 上記の期間を含む賃金計算期間の報酬関係	ア 就労状況 欠勤:黒○ 有給:赤○ 会社休日:／	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	欠勤 日間	
				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
				21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
		備考													
	イ 給与締日	日締め 翌月当月	日払い	ウ 給与の種類	月給	日給	月給	日給	時給	その他()					
	エ 賃金内訳	区分	月額	日額 または時給	欠勤 控除	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	賃金計算方法をご記入ください ※欠勤控除計算方法や支給条件等 賃金台帳に記入でも可							
		基本給			有・無	支給額	支給額								
		通勤手当	定期代	1日の交通費	有・無										
		手当			有・無										
	手当			有・無											
	手当			有・無											
	計														
	※ 請求期間の属する給与期間中に支払われた 住宅手当・資格手当・歩合・キャンペーン金なども対象となります。														
[43] 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日														
住所															
事業主 名称	Ⓜ														
氏名															
電話番号	()														

<添付書類> ※就労状況や賃金支払い有無を問いません

- ① 請求期間の属する給与期間中の出勤簿(写し)
- ② 請求期間の属する給与期間中の賃金台帳(写し)

※ 記載不足等の不備がありますと、受理することができなかつたり審査に時間がかかたり致します。
 ※ 詐病、怠惰、虚偽等がありますと、一切の支給を停止致します。

受付年月日	令和	年	月	日	決 裁			
決裁年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	給付	適用
支給 支 払	算出基礎				資格取得	平成・令和 年 月 日		
	傷病手当金額 支 給 額 円				資格喪失	令和 年 月 日		
決 議 書	支給開始				保険証回収	有・減失・回収不能		
	支給期間	開始	令和	年 月 日	本人照会	発送・到着		
		終了	令和	年 月 日	医師照会	発送・到着		
	前回	開始	令和	年 月 日	レセプト提出	発送・到着		
	終了	令和	年 月 日	事前満了通知	発送・発送済み			
不 支 給	期間				不支給決定通知書	発送		
	理由				令和	年 月 日から 日間	令和	年 月 日まで 円

被 保 険 者 が 原 因 及 び 経 過	[1] 被保険者の 記号・番号	1 — 12345	[2] 被保険者の 業務の種別	※業務内容を出来るだけ詳しく 内勤営業職 主に電話での営業		
	[3] 被保険者の 氏名	光 花子	[4] 被保険者の 生年月日	昭和 平成 60 年 10 月 25 日		
	[5] 事業所の 名称	株式会社 ○×通信	[6] 事業所の 所在地	東京都豊島区南池袋○○-××		
	[7] 資格を取得 した年月日	平成 令和 16 年 4 月 1 日	[8] 標準報酬月額	240 000 円		
	[9] 発病又は負傷 の年月日	平成 令和 4 年 4 月 21 日	[10] 傷病名	胃潰瘍		
	[11] 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び 経 過	<p>※発病 ア: (い 令和4年4月21日(日)曜 ウ: (発症又は負傷の原因)</p> <p>初 エ: (自覚症状として労務不能となった具体的な症状、勤務できない状態)</p> <p>回 オ: (医師からの療養の指示、実際の療養の状況)</p> <p>降 キ: (療養により表れている効果など)</p> <p>2 ア: (自覚 イ: (医師からの療養の指示、実際の療養の状況)</p> <p>目 ウ: (労務に服するためにやっていること)</p> <p>以 エ: (療養により表れている効果など)</p> <p>降 イとの療養をしたことにより、以前と比べて どのような効果があったか詳しく記入してください</p>				
	[12] 第三者行為に よるものですか	はい	いいえ	[13] 左の[12]で「はい」と答えた場合は その届出の有無	はい	いいえ
	[14] 労務に服することが できなかった期間	令和 4 年 4 月 22 日から 4 年 4 月 30 日まで	9 日間	[15] 左記期間中の 入院期間	4 月 22 日から 4 月 27 日まで	6 日間
	[16] 障害年金・障害手当 金を受けている、又は受 けることができるとき ※受給している場合は、 傷病名と金額が分かる書 類のコピーを添付して下 さい	受給している	受給していない	(ア) 年金の種別	障害年金・障害手当金 (イ) 年金額	(ウ) 年金の支給事由 となった傷病名
	[17] 被保険者名義の 振込希望金融機関 (会社に委任する場合は 会社の振込先)	振込先	1 普通 ●●● 2 当座 ●●●	振込先	銀行 XXXX	本店 口座名義人 支店 (フリガナ) ヒカリ ハナコ 出張所 (名義) 光 花子
[18] 委任状 (会社に委任する 場合)	上記保険給付金の受領を所属事業所に委任します。					
[19] 上記のとおり請求します。	令和 4 年 5 月 2 日					

こちらの欄は、第1回請求書の時に、記入してください。

こちらの欄は、2回目以降継続の請求書が発生した時に、記入してください。



ひかり健康保険組合理事長 殿

- 1枚目：被保険者の記入欄
- 2枚目：医師の記入欄
- 3枚目：会社の記入欄
- 1~2枚目の書類が準備できましたら、会社の担当窓口へご提出ください

事業主の記入欄

<事業主記入例>

事業主が証明する	[40] 労務に服さなかった期間	令和 4年 4月 22日から 9日間 4年 4月 30日まで	[41] 標準報酬月額	240 000円
	[42] ア 就労状況 上記の期間を含む賃金計算期間の報酬関係	4月 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 備考	欠勤 ① 4日間	
	イ 給与締日	末日締め翌月当月 20日払い	ウ 給与の種類	月給 日給月給 日給 時給 その他()
	エ 賃金内訳	③ 月額 日額 欠勤 または時給 控除 支給額	④ 4月 22日 ～ 4月 30日分	⑤ 賃金計算方法をご記入ください ※欠勤控除計算方法や支給条件等賃金台帳に記入でも可
	基本給	240,000 12,000 有無	12,000	欠勤控除額 = 月額 ÷ 所定労働日数 × 欠勤日数
	② 通勤手当	定期代 11,410 1日の交通費 656 有無	3,420	出勤15日以上の場合、定期代支給
	住宅手当	10,000 0 有無	2,997	出勤・有給12日以上
	歩合	8,000 0 有無	2,394	給与支給月に在籍
	手当			
	計		20,811	
	※ 請求期間の属する給与期間中に支払われた住宅手当・資格手当・歩合・キャンペーン金なども対象となります。			
とこ	[43] 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 4年 5月 15日		
	住所	〒171-0022 東京都豊島区南池袋〇〇-××		
	事業主 名称	株式会社 ○×通信 		
	氏名	代表取締役 健康 太郎		
	電話番号	03 - 1234 - 5678		

例) 給与の種類が、日給月給の場合

[40] 被保険者が[11]で労務に服することができなかったとしている期間を記入

[41] [40]期間の標準報酬月額を記入

[42] ① [40]期間の欠勤日数(黒○)を記入

② [40]期間の属する給与において、住宅手当・資格手当・歩合・キャンペーン金などの支給がある場合に記入

③ 月額：1ヶ月あたりの給与額

日額：1日あたりの金額

④ [40]期間の報酬額を記入(支給額0円の場合も、必ず0円と記入)

※ 欠勤控除無しの手当は、【月額 ÷ 30日 × 対象日数(会社休日含む)】で算出ください

⇒記入例・・・出勤15日以上につき定期代支給した場合

4/22～30(9日間) 定期代 11,410円 ÷ 30日 × 9日 = 3,420円

⑤ 支給条件、欠勤控除の計算方法などを記入(支給額0円の場合は、記入不要)

[43] 住所、事業主名称、代表者氏名、電話番号、届出印 が必須となりますので、漏れのないようお願い致します

<添付書類について>

就労状況や賃金支払い有無を問わず、以下の添付が必要となります

- ・ [40]期間の属する給与期間中の出勤簿(写し)
- ・ [40]期間の属する給与期間中の賃金台帳(写し)

事業主の記入欄

<事業主記入例>

事業主が証明する	[40] 労務に服さなかった期間	令和 4年 4月 18日から 13日間 4年 4月 30日まで	[41] 標準報酬月額	180 000円		
	[42] ア 就労状況	4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	欠勤 ① 6日間		
	イ 給与締日	末日締め翌月 20日払い	ウ 給与の種類	月給 日給月給 日給 時給 その他()		
	エ 賃金内訳	③ 月額	日額 または時給	欠勤 控除	④ 4月 18日 ～ 4月 30日分	月 日 ⑤ ～ 月 日分
	基本給	1,200	有・無	8,400	有給7時間	
	通勤手当	11,410	有・無	0	出勤15日以上の場合、定期代支給	
	キャンペーン	8,000	有・無	3,458	給与支給月に在籍	
	手当		有・無			
	手当		有・無			
	計			11,858		
	※ 請求期間の属する給与期間中に支払われた 住宅手当・資格手当・歩合・キャンペーン金なども対象となります。					
とこ	[43] 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 4年 5月 15日	事業主			
	住所	〒171-0022 東京都豊島区南池袋〇〇-××		株式会社 〇×通信		
	名称	株式会社 〇×通信				
	氏名	代表取締役 健康 太郎				
	電話番号	03 - 1234 - 5678				

例) 給与の種類が、日給・時給の場合

[40] 被保険者が[11]で労務に服することができなかったとしている期間を記入

[41] [40]期間の標準報酬月額を記入

[42] ① [40]期間の欠勤日数(黒〇)を記入

② [40]期間の属する給与において、住宅手当・資格手当・歩合・キャンペーン金などの支給がある場合に記入

③ 月額：1ヶ月あたりの給与額

日額：【日給の場合】1日あたりの金額 【時給の場合】1時間あたりの金額

④ [40]期間の報酬額を記入(支給額0円の場合も、必ず0円と記入)

※ 月額支給の手当は、【月額 ÷ 30日 × 対象日数(会社休日含む)】で算出ください

⇒記入例・・・4/18～30(13日間) キャンペーン 8,000円 ÷ 30日 × 13日 = 3,458円

⑤ 計算方法、支給条件を記入(支給額0円の場合は、記入不要)

[43] 住所、事業主名称、代表者氏名、電話番号、届出印 が必須となりますので、漏れのないようお願い致します

<添付書類について>

就労状況や賃金支払い有無を問わず、以下の添付が必須となります

- ・ [40]期間の属する給与期間中の出勤簿(写し)
- ・ [40]期間の属する給与期間中の賃金台帳(写し)