

# 傷病手当金

傷病手当金付加金  
延長傷病手当金付加金

# 請求書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要(修正液等での訂正は原則禁止)  
●記入漏れ・記入誤りがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者(申請者)情報	保険証	記号	番号	従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ記入
	事業所	会社名称	所属部署		
	業務の内容	具体的に記入(退職者は在籍時の業務内容)			
	氏名	(フリガナ)		確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している
住所	(〒 - )	都道府県	電話番号	日中の連絡先 ( )	

同意書	照会等の同意	日野自動車健康保険組合が傷病手当金の支給・不支給決定の為、関係機関(医療機関、事業主、官公庁、保険者等)に対して照会を求めることに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。	氏名(自署)
-----	--------	---	--------

申請内容	1. 傷病名		
	2. 1に対する申請状況	<input type="checkbox"/> 1回目申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降申請	3. 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃
	4. 該当傷病は病気かケガか	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ → 初回申請時のみ「負傷原因届」を併せて提出	
	5. 発病または負傷の原因(1・2どちらも記入)	1) 【労災】業務上・通勤途上に発生したものが <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、右記a.b.cいずれか記入	<input type="checkbox"/> a. 【労災保険】受給中 「休業補償給付支給決定通知書(写)」提出 <input type="checkbox"/> b. 【労災保険】請求中 } 健康保険組合に要連絡 <input type="checkbox"/> c. 上記a、b以外
		2) 【第三者】第三者の行為(交通事故・ケンカ等)によるものが <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合	健康保険組合に要連絡
	6. 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数(暦日) 日間 ※土日祝日を含む日数記入 ※資格喪失後の期間を申請する場合「日常生活・療養状況報告書(退職者用)」を毎回提出

確認事項	7. 今回の申請とは別に労災保険から休業補償を受けているか	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中	「請求中」「受給中」の場合、右記記入 支給元(請求先) 労働基準監督署 → 支給決定通知の写しを提出(請求中の場合は決定後に必ず提出が必要) 受給状況に関しては、健康保険法第55条第2項等の規定に基づき労働基準監督署等に確認を行う事があります
	8. 障害厚生年金・障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 ( 年 月頃申請)	a. 傷病名 b. 種別 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金

受取方法	<input type="checkbox"/> 1	保険証の記号が以下事業所の方 1215、1229、1230、1232、1234、1236 1240、1243 →本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任※1(事業主経由で支給)	指定口座	<input type="checkbox"/> a. マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します
	<input type="checkbox"/> 2	被保険証の記号1219の任意継続の方 →登録口座へ振込み		<input type="checkbox"/> b. 以下指定口座への振込を希望します 金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 本所 支所 その他( ) 支店コード( ) 出張所 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号
	<input type="checkbox"/> 3	1、2以外の方 →指定口座に振込み 3. を選択した場合、右記a、bどちらか記入		▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入) 口座名義

※1「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任扱いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入

受付印	支払印
-----	-----

被保険者のマイナンバー記載 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

「療養担当者・事業主記入用」は2ページに続きます

# 傷病手当金

傷病手当金付加金  
延長傷病手当金付加金

# 請求書

療養担当者・事業主記入用

1 2

療養担当者が意見を記入するところ

1. 患者氏名	※意見記入欄は、重要な判断材料となりますので、楷書体にて漏れなくご記入ください。乱筆で読めない場合、書き直していただく場合があります。		
2. 傷病名	3. 療養の給付開始年月日(初診日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
4. 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	5. 発病または負傷の原因
6. 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	7. 左記期間のうち入院期間	令和 年 月 日まで 令和 年 月 日まで 日間
8. 診療実日数 0日でも記入してください	月 日間 月 日間 月 日間	9. 診療日を ○で囲んで ください	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 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 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
10. 上記期間中における主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導などできるだけ詳しく記入してください	11. 症状経過からみて申請の業務内容について労務不能と認められた医学的な所見を記入してください		

上記のとおり相違ないことを証明します 証明日：令和 年 月 日 ※証明日以前を記入してください  
※訂正箇所には医師の訂正印をお願いします

医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医師の氏名

印

電話 ( )

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間

a. b.のどちらかに☑

a. 『労務に服さなかった期間』を含む賃金計算期間に報酬が支給される場合については、以下を記入し、**出勤簿(写)及び賃金台帳(写)等を提出**

- 賃金台帳(写)の該当箇所に支給額コードを赤ボールペンで記入。複数の該当箇所から金額が算出される場合は、内訳が分かる様に説明を記載(遡及分、通勤手当、欠勤控除等)

支給賃金内訳	賃金計算期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
	給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> ( )
区分	A 支給額コード	B 支給額コード	C 支給額コード	
基礎となる金額	① 基本給	A①	B①	C①
	② 家族手当	A②	B②	C②
	③ 住宅手当	A③	B③	C③
	④ 通勤手当：月払い記載	A④	B④	C④
	⑤ 通勤手当：まとめ払い記載	A⑤	B⑤	C⑤
	⑥ ( )	A⑥	B⑥	C⑥
欠勤控除やまとめ払い 通勤費等の計算式	⑦ ①. 基本給の欠勤控除分	A⑦	B⑦	C⑦
	控除月 *次月⇒控除月賃金台帳添付 A①÷控除計算日数×欠勤日数 =〇円 まとめ払い通勤費÷まとめ月数 〇ヶ月(〇～〇月分)=10000円/月 *申請期間の通勤費内容が分かる 月の賃金台帳添付 (控除等がある場合記載)	<input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月	<input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月	<input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月

b. 『労務に服さなかった期間』を含む賃金計算期間に、すべて欠勤で給与支払なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日：令和 年 月 日

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

印

担当者  
電話 ( )