

① 被保険者証の記号・番号		② 生年月日		③ 勤務先名称(配属先・部署名)・業務内容			
記号 1 0 0	番号	昭和 平成	年	月	日	(ア) 勤務先名称	
④ 被保険者氏名(請求者)	ワカナ				(イ) 業務内容(具体的に)		
⑤ 被保険者住所(請求者)	〒		ワカナ		連絡先(電話番号)		
	(ウ) 住所変更がある場合		ワカナ		住所変更日		年 月 日
⑥ 傷病名	1			⑦ (療養開始日) 発病又は負傷年月日	1	令和	年 月 日
	2				2	令和	年 月 日
⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく					⑨ 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/> 2. はい
⑩ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)	令和	年	月	日から	⑪ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の請求ですか		<input type="checkbox"/> 1. いいえ 2. 労災請求中 3. はい
	令和	年	月	日まで			
⑫ 上記の⑩に書いた期間に報酬を受けましたか、又は受けられませんか	<input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/> 2. はい		⑬ ⑫を「2. はい」と答えた場合		報酬の名称	分として	
			報酬を受けた期間		令和	年 月 日	報酬額
⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称		
⑮ 今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生(共済)年金」又は障害手当金(一時金)を受給していますか	<input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/> 2. はい		(エ) 年金を受給する原因となった傷病名				
			(オ) 基礎年金番号				
⑯ 資格喪失者(退職者)の方	(カ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		<input type="checkbox"/> 1. いいえ 2. 請求中 3. はい				
	(キ) 年金コード又は記号番号もしくは番号				年金額		円
							円
							円
	(ク) 年金の合計額						円
	(ケ) 雇用保険法に定める基本手当(失業給付)を受給していますか		<input type="checkbox"/> 1. いいえ 2. 請求中 3. はい				
(コ) 退職後に加入している医療保険はどちらですか		<input type="checkbox"/> 1. 国民健康保険 2. 当組合の任意継続 <input type="checkbox"/> 3. 健康保険組合 4. 協会けんぽ		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者			
⑰ 同意書	私は、この傷病手当金の請求に関し、日本年金機構健康保険組合が医療機関(過去の傷病との関連により他の医療機関等に照会することを含む。)、年金保険者及び医療保険者並びに事業所(勤務していた事業所を含む。)に対して、療養内容、保険給付記録、年金情報、勤務状況等を照会することについて同意します。						
		令和	年	月	日	被保険者氏名	
⑱ 誓約書	私は、この傷病手当金の請求期間に、⑮または⑯による給付が、将来、受けられることにより返納額が発生した場合、日本年金機構健康保険組合にすみやかに報告のうえ、返納することをお約束いたします。						
		令和	年	月	日	被保険者氏名	
振込希望口座	預金種別	⑲ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	⑳ 銀行・金庫・信組		本店・本店営業部		
	⑲ 口座番号	銀行コード( )		支店コード( )		支店・店・出張所	
		㉑ 口座名義		ワカナ			

記入方法は「傷病手当金の請求にあたって」を必ずお読みください。

事業主が証明する欄	②③ 労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																				出勤	有給													
	②③ 年 月 日から	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	計	日	日
	②③ 年 月 日まで	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	計	日	日
	②③ 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	計	日	日	
(イ) 労務に服することができなかった期間に対する賃金の支給の有無	<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し																				(入) 給与の種類 (○で囲んでください。)															
(ロ) 労務に服することができなかった期間を含む賃金支給状況を下欄に記入してください。																					月給 時間給	日給 歩合給	日給月給 その他													
②④ 支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	○ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																															
	基本給	支給額	支給額	支給額																																
	通勤手当																																			
	住居手当																																			
	扶養手当																																			
	地域手当																																			
	計																																			
②⑤	上記のとおり相違ないことを証明します。																				令和	年	月	日												
	事業所所在地	東京都杉並区高井戸西3-5-24																																		
	事業所名称	日本年金機構																																		
	事業主氏名																			電話	03-5344-1100															

療養を担当した医師が意見を書く欄	②⑥ 傷病名	1																					②⑦ 療養の給付開始年月日(初診日)	1	令和	年	月	日							
		2																						2	令和	年	月	日							
	②⑧ 発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日	発病負傷	②⑨ 発病又は負傷の原因																												
	③① ⑩ 労務不能と認められた期間のうち入院期間	令和	年	月	日から		入院費用の別	健保・公費・自費・その他																											
		令和	年	月	日まで			転帰	治愈・繰越・中止・転医																										
	③② 診療実日数 ※診療日を○で囲んでください。	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	診療実日数	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	診療実日数	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	診療実日数	日	
③③ 傷病の主状態及び経過概要	○ 労務不能期間中における「主たる症状、関連疾病および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																		
	○ 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(詳しく)																																		
③④	上記のとおり相違ありません。																				令和	年	月	日											
	医療機関の所在地	〒																																	
	医療機関の名称																																		
	医師の氏名																																		
	電話番号	( )																																	

備考

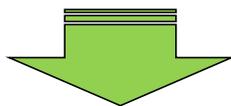


## 傷病手当金請求書の提出にあたって

請求者チェック☑をお願いします。記載漏れや誤りがあった場合、お支払いにお時間を要することがあります。

### 請求者チェック

- 1  ①欄に被保険者証番号が記入されていますか。③欄(ウ)の業務内容は普段行っている仕事を具体的に記入していますか。  
※資格喪失者(退職者)の方は、在職中の被保険者証番号、業務内容を記入してください。
- 2  ⑧欄は、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていた等が具体的に記入していますか。  
※傷病名が負傷(ケガ)の場合は、初回申請時に限り「負傷原因欄」も記入してください。
- 3  ⑨欄で傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、「第三者による傷病届」を添付していますか。  
※第三者による傷病届の用紙は、機構LAN及び健康保険組合のホームページに掲載されています。
- 4  ⑩欄の傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)は、⑭欄の医師が労務不能と認めた期間と一致していますか。  
※⑩欄の(請求期間)は、待期間(土日、祝日等の公休日)を含んだ期間となります。
- 5  ⑮欄及び⑯(カ)欄で「はい」と答えた場合、請求期間の年金額(年額)が確認できる書類【年金証書(写)、年金額改定通知書(写)、支給額変更通知書(写)等】の提出が、請求の都度必要となりますが、添付していますか。
- 6  資格喪失者(退職者)の方は、⑯(カ)～(コ)欄を漏れがないように記入していますか。
- 7  ⑰同意書欄及び⑱誓約書欄に請求者の署名はありますか。  
※署名年月日は、⑩請求期間及び⑭医師が労務不能と認めた期間の後となります。
- 8  振込口座欄に記入漏れはありませんか。  
※ゆうちょ銀行を指定される場合、店名(店番)の記載漏れが多いため、ご確認をお願いします。
- 9  訂正する場合は、訂正箇所の字句を二重線で抹消のうえ、正しい内容を記入していますか。
- 10  療養を担当した医師が意見を書く欄は詳細に記入されていますか。  
※詳しく記載(主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導等)いただくよう申し出てください。
- 11  ⑳欄の医師の証明日は、㉑労務不能の期間の後となっていますか。  
(例) ㉑労務不能期間 4月1日～4月30日の場合 → ㉒医師の証明日 5月1日以降の日付
- 12  日本年金機構健康保険組合の加入期間が1年未満の方は、「加入直前の状況報告記入欄」へ必要事項を記入していますか。



### 傷病手当金の請求について

傷病手当金の請求の際は、「就業管理表」を添付して、日本年金機構労務管理部厚生グループに提出してください。  
なお、資格喪失後(退職後)の期間の請求先は、健康保険組合になりますが、請求期間に在職期間が含まれる場合は、事業主の証明が必要となりますので、厚生グループに提出してください。