

傷病手当金請求書記入例 1枚目

健康保険		傷病手当金請求書		第 回 目	
① 被保険者証の記号・番号 1 0 0 1 2 3 4 5 6		② 生年月日 昭和 平成 6 0 1 0 1		③ 勤務先名称(配属先・部署名)・業務内容 〇〇年金事務所 お客様相談室	
A 被保険者氏名(請求者) ケンボ タロウ 健保 太郎		(イ)業務内容(具体的に)		年金相談に係る窓口対応	
⑤ 被保険者住所(請求者) 〒 1 0 2 8 5 4 8 東京都千代田区三番町 2 2		〇〇マンション〇ゴウシツ 〇〇マンション〇号室		連絡先(電話番号) 03-1234-5678 090-9876-5432	
(ウ)住所変更がある場合 〒 1 6 8 8 5 0 5 東京都杉並区高井戸西 3-5-24		住所変更日 0 6 0 9 0 1			
⑥ 傷病名 1 右足首骨折		⑦ (療養開始日) 発病又は負傷年月日 1 令和 6 年 9 月 1 日		2 令和 年 月 日	
⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく 令和6年9月1日(日)に自宅にて荷物を1階に運ぶ際、階段を踏み外し負傷。翌日、医療機関を受診したところ骨折が判明。		⑨ 第三者行為によるものか 1. いいえ B 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 6 年 9 月 2 日から 令和 6 年 9 月 11 日まで		⑪ 労災保険から休業補償を受けられている期間の継続中か 1. いいえ D 2. はい			
⑫ 上記の項に書いた期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか 2 1. いいえ 2. はい		⑬ 報酬の名称 有体休暇 分として		報酬額 〇〇〇,〇〇〇 円	
⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき		⑮ 保険者番号		⑯ 被保険者番号	
⑰ 今回傷病手当金を申請するものと同一「障害厚生(共済)年金」又は障害手当金(一)を受給しているか 1 1. いいえ E 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	
⑱ 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 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	
(ク) 年金の合計額		(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 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 1. 国民健康保険 2. 当組合の任意継続 3. 健康保険組合 4. 協会けんぽ 1. 被保険者 2. 被扶養者					
同意書 G 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 6 年 10 月 30 日 被保険者氏名 健保 太郎					
誓約書 G 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 6 年 10 月 30 日 被保険者氏名 健保 太郎					
振込 H ⑲ 預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		⑳ 〇〇〇 〇〇〇〇 本店・本店営業部		銀行コード(△△△) 支店コード(△△△) 支店・出張所	
㉑ 口座番号 1 2 3 4 5 6 7		㉒ ケンボ タロウ		口座名義 健保 太郎	

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。

A
記号・番号は、被保険者証、資格情報のお知らせ、マイナポータル等で確認してください。
・右詰め、枝番は記載不要です。
・退職後の申請の場合は、在職時の記号・番号を記入してください。

B
⑨欄は申請の都度該当項目にチェックが必要で
漏れのないようにご注意ください。

C
初回申請時には、請求期間に待期間も含めてご記入ください。

D
業務中や通勤途中の原因による病気やケガについては、原則、労災保険給付の対象となります。

E
⑮欄は申請の都度該当項目にチェックが必要で
漏れのないようにご注意ください。

今回傷病手当金を申請するものと同一傷病で障害年金を請求中の方は、年金が遡って支給された場合、傷病手当金と調整対象となります。重複した期間について傷病手当金をご返納いただく可能性があります。

F
⑱欄は資格喪失者(退職者)の方は、申請の都度該当項目にチェックと記入が必要で
漏れのないようにご注意ください。

G
⑳⑲欄は申請の都度該当項目に記入が必要で
署名年月日日は㉑欄の請求期間の後の日付で記入してください。

(例)
請求期間 4月1日～4月30日の場合
署名日 5月1日以降の日付

H
【被保険者へ振込を希望】
⑲⑳㉑に被保険者(申請者)名義の口座情報を記入してください。

【保険給付金受領代理人(ご家族の口座)への振込を希望】
・⑲⑳㉑に代理人の該当口座を記入してください。
添付書類・・・「委任状」
※被保険者が亡くなられた場合は「権利継承届(原本)」と被保険者の方と相続人の方の続柄が確認できる「戸籍謄本<全部事項証明書>(写し)」の提出をお願いします。
・㉒⑳欄に代理人名を括弧付きで追記してください。
(例) ご家族の名前が機構花子の場合 健保 太郎(機構 花子)

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、店名<店番>・預金種別・口座番号をご記入ください。
(例) ゆうちょ銀行 〇一二 (普通) 345678

傷病手当金請求書記入例 2枚目

傷-0610

⑭ 労務に服さなかった期間 出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。		出勤	有給
⑮ 事業主が証明する欄 (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 (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。	年 月 日から 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
	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	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 計	日 日	日 日
(ス) 給与の種類 (○で囲んでください。) 月給 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他		○ 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。	
⑯ 支給した(する)賃金の内訳	単価 基本給 通勤手当 住居手当 扶養手当 地域手当 計	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額
		月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額
		月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額
		月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額
		月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額
		月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額	月 日 日分 ~ 月 日 日分 支給額
⑰ 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			

事業主が証明する欄

事業主（労務管理部）に記入を依頼してください。
退職後の申請の場合は、記載は不要です。

⑲ 療養を担当した医師が意見を書く欄	⑲ 傷病名 1 2	⑳ 療養の給付開始年月日(初診日) 1 令和 年 月 日 2 令和 年 月 日
	㉑ 発病又は負傷の年月日 令和 年 月 日 発病負傷	㉒ 発病又は負傷の原因
	㉓ 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	㉔ 入院費用の別 健保・公費・自費・その他 転帰 治療・繰越・中止・転医
	㉕ ⑯ 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 令和 年 月 日まで	
	㉖ 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
	㉗ 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)	
㉘ 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 ()		

療養を担当した医師が意見を書く欄

療養を担当した医師が意見を書く欄は必ず医師に全ての記入を依頼してください。

⑳欄は治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間の記入を依頼してください。

㉑欄は診療年月及び診療実日数を記入のうえ、診療日を○印で囲んで記入するよう依頼してください。

㉒欄は労務不能と認められた期間がこの欄に入らない場合は、診療日を備考欄に追記するか、又は別紙で診療日の証明を依頼してください。

㉓欄は詳しい内容（主たる症状・経過、治療内容、検査結果、療養指導等）の記入を依頼してください。

㉔欄は㉑欄の期間（労務不能と認められた期間）より後の証明年月日の記入を依頼してください。

備考

日本年金機構健康保険組合

