

健康保険 傷病手当金請求書（第 回目） 2枚中の1枚目

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号	番号	本籍会社	
	被保険者 氏名	(フリガナ)		社員番号
				生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒 TEL		
	傷病名			初診日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発病または 負傷の原因	原因がはっきりしない場合は「不明」と記入		第三者行為による傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
				業務に起因する傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 「はい」の場合、労災保険の休業補償給付を申請しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	請求期間 (療養のために労務不能だった期間)		令和 年 月 日 より 令和 年 月 日まで	
	上 記 請 求 期 間 に つ い て	すべての方が記入必須		
		療養のため労務に服することが出来なかった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
障害厚生年金を受給した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 現時点で受給していないが申請中(又は申請予定)				
年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 対象傷病名 _____ 「いいえ」以外の場合は右欄にご記入ください。				
※請求期間に支払われた障害厚生年金の金額がわかる「年金証書」「年金額改定通知書」「年金振込通知書」の写を添付				
今回の請求が退職後の期間分である方のみ記入必須				
老齢厚生年金・老齢基礎年金を受給した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※年金証書および該当期間の支払通知書の写を添付 <input type="checkbox"/> いいえ				
雇用保険失業給付を受給した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
現在の健康保険 <input type="checkbox"/> TOTO任意継続 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 家族の扶養に入っている				
すべての方が提出前に チェック		<input type="checkbox"/> 記入もれはありません <input type="checkbox"/> 請求前チェックシート・提出時チェックシートを確認しました		
		<input type="checkbox"/> 医師の意見書に間違いがないことを確認しました。不明点がある場合、健保が医師に照会することに同意します。		

事 業 主 証 明 欄	給与形態 <input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 時給制		
	支給した日に○・欠勤控除した日に△・公休日に/を記入。支給していない日が連続する場合は棒線でも可。(全額控除・全額支給の月は□すれば記入不要。)		
	基準 内 賃 金	令和 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <input type="checkbox"/> 全額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 基準内賃金 _____ 円 × _____ % × 欠勤日数 _____ 日 = _____ 円
		令和 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <input type="checkbox"/> 全額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 基準内賃金 _____ 円 × _____ % × 欠勤日数 _____ 日 = _____ 円
	上記以外の月 令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 全額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給		
	基準内賃金以外 <input type="checkbox"/> 支払無 <input type="checkbox"/> 支払有 有の場合は、下欄に記入		
	月 日 ~ 月 日 分 月 日 ~ 月 日 分		
	通勤費補助 _____ 円 _____ 円		
	定期券補助 _____ 円 _____ 円		
	住宅費補助 _____ 円 _____ 円		
福利厚生手当 _____ 円 _____ 円			
被保険者請求期間について、上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 _____ 事業主 名称 _____ 氏名 _____		記入担当者 氏名 _____ (スタンプ印可)	
※請求期間の給料支給明細書・就業記録表を全て添付してください。基準内賃金以外の報酬が給料明細に記載されていない場合は別途、記載があるもの(賃金台帳等)を添付ください。			

健 保 組 合 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 加入中	待期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	法第108条による調整 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(計算根拠は別紙) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 円
	取得接近調査 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	支給期間	<input type="checkbox"/> 被保険者請求と同じ期間 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間) うち不支給期間	
	<input type="checkbox"/> 喪失 (R . . . 喪失) <input type="checkbox"/> 喪失前に1年以上資格有 <input type="checkbox"/> 前回から中断していない <input type="checkbox"/> 老齢年金受給していない			

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名																
	傷病手当金 対象の傷病名											療養の給付 開始年月日 (初診日)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因													
	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															
	うち入院期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで 入院	療養費用 の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医											
	診療実日数	診療日を	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	〇で囲んで	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	ください。	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						
	4か月以上の場合は用紙を追加してください。																
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）										手術	令和 年 月 日					
											退院	令和 年 月 日					
	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																
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等 の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()													
上記のとおり相違ありません。 証明日 令和 年 月 日 労務不能と認められた期間の最終日以降の日付																	
医療機関所在地																	
名称																	
医師の氏名																	
電話番号																	

ご協力をお願い

不正防止の観点から、医療機関所在地・名称等はゴム印を使用し 医療機関印・医師印を押印
いただきますよう ご協力をお願いします。

傷病手当金 請求前チェックシート

※チェックシートの提出は不要です。

対象者	チェック項目	はい	いいえ	
すべての方	過去の期間について請求している。 (見込ではなく実績で請求している)			いいえの場合、傷病手当金はまだ請求できません。療養のため休んだ期間の後に請求してください。
	業務に起因する傷病である。			はいの場合、傷病手当金を受けることはできません(労災による傷病は健康保険給付の対象外であるため)。 ただし労災の認定には時間がかかり不認定になることもあるため、先に傷病手当金として健保から支払を受けることは可能です。 <u>労災と認定された場合は、傷病手当金を返還いただく必要があります。</u>
	発病(負傷)の原因は、相手がいる事故やケンカなどの、第三者行為である。			はいの場合、傷病手当金は請求できません。 第三者行為により負傷され、保険証を使って病院にかかった方は、健康保険組合にご連絡ください。
	今回の請求期間中は、有給休暇・積立休暇・公用欠勤・私傷病見舞金等により、基準内賃金の全額が会社から支払われている。			はいの場合、傷病手当金の支給はありません。

【以下は該当する方がチェックしてください】

対象者	チェック項目	はい	いいえ	
今回が請求第1回目の方	請求期間は、TOTO健保に加入した日から1年6か月以上経過している。			いいえの場合、別途、傷病手当金受給歴を確認するための照会調査をさせていただきます。完了までに日数がかかりますのでご了承ください。 TOTO健保加入前に同じ傷病で傷病手当金を受給されていた場合、TOTO健保からは傷病手当金をお支払いできないことがあります。
	過去に同一傷病でTOTO健保から傷病手当金を受けている。 ※病名が異なっても、医学的・社会的に一連とみなされる場合、および過去に傷病手当金対象となった傷病が今回の傷病の原因となった場合も同一傷病とみなされます。			健康保険法により、傷病手当金の支給期間は「同一の傷病またはこれにより発した傷病に関しては支給開始日より1年6か月分」と定められています。いったん完治して同一の傷病が再発した場合には再び傷病手当金を受給できませんが、再発と認められるには、相当期間、客観的に無症状である必要があります。 よって、「はい」に該当する方は、傷病手当金を請求いただいても審査の結果不支給となる可能性が非常に高いのでご注意ください。
	傷病手当金と同一の傷病で障害厚生年金を受給している。			障害年金より傷病手当金のほうが高い場合のみ、その差額を傷病手当金として受給できます。 傷病手当金日額が、障害厚生年金年額(障害基礎年金および加給年金がある方はそれも含む)の360分の1より高いことが条件です。 傷病手当金日額を確認されたい方はTOTO健康保険組合にお問い合わせください。 傷病手当金満了後は、障害が続いている限り、同じ傷病での傷病手当金は受給できません。
退職後の請求期間分である方	退職までの連続した健康保険被保険者期間が1年未満である。			はいの場合、傷病手当金は受給できません。
	請求期間に労務可能な期間があった 例) ・いったん労務可能と診断が出た ・再就職先を退職後、再び労務不能となった ・雇用保険失業給付を受給した			はいの場合、労務可能となった後は傷病手当金を受給できません。
	今回の請求期間と前回の請求期間の間に空白期間がある			はいの場合、傷病手当金は受給できません。
	老齢基礎年金、老齢厚生年金を受給している。			年金より傷病手当金のほうが高い場合のみ、その差額を傷病手当金として受給できます。老齢基礎年金・老齢厚生年金の年額合計(加給年金を含む)の360分の1が傷病手当金日額より高い場合は傷病手当金が不支給となります。(傷病手当金日額を確認されたい方はTOTO健康保険組合にお問い合わせください。)
をこ受けける予定の障害年金の方	傷病手当金と同じ傷病で障害厚生年金を申請中、または申請する予定で、障害年金が決定すれば傷病手当金の期間と重複する可能性がある。			健康保険法により、同一の傷病で障害厚生年金を受給される場合、傷病手当金は支給されません(傷病手当金のほうが高い場合は、障害年金分を差し引いてお支払いします)。 そのため、傷病手当金をお支払いした後に障害年金が決定すると、傷病手当金の全額または一部を、必ずご返還いただくこととなります。傷病手当金の請求時効は2年ありますので、できるだけ障害年金が決定してからご請求ください。

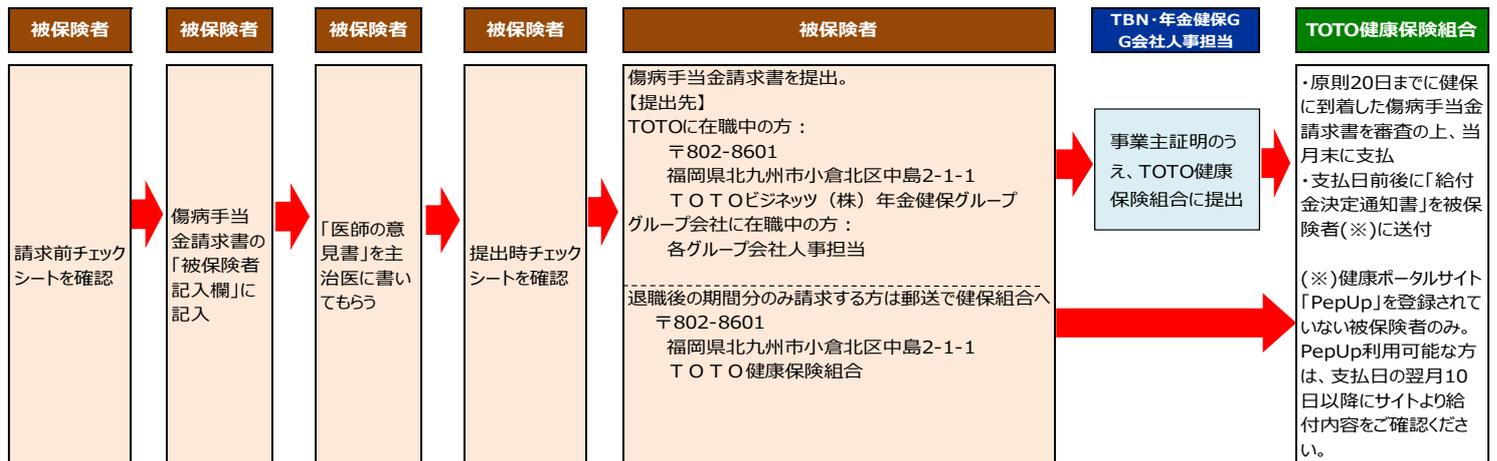
傷病手当金請求書 提出時チェックシート

傷病手当金請求書に不備が多い項目を挙げています。必要なチェック項目をクリアしてからご提出ください。

※チェックシートの提出は不要です。

項 目	チェック
<p>【すべての方】 請求前チェックシートはチェック済みである。</p>	
<p>【すべての方】 被保険者記入欄をもれなく記入し、チェックボックスにチェックを入れている。 黒色インクのペンで記入している。（消せるインクのペンは不可です）</p>	
<p>【障害厚生年金を受給している方】 傷病手当金の期間に支払われた障害厚生年金の金額がわかる「年金証書」「年金額改定通知書」「年金振込通知書」の写しを添付している。 ※年金証書に年金金額が記載されていても、その後年金額が改定されていれば、「年金額改定通知書」または「年金振込通知書」が必要です。</p>	
<p>【今回の請求が退職後の期間分である方】 「今回の請求が退職後の期間分である方のみ記入必須」欄のチェックボックスにすべてチェックを入れている。</p>	
<p>【今回の請求が退職後の期間分である方で、日本年金機構から老齢年金を受けている方】 傷病手当金の期間に支払われた障害厚生年金の金額がわかる「年金証書」「年金額改定通知書」「年金振込通知書」の写しを添付している。 ※年金証書に年金金額が記載されていても、その後年金額が改定されていれば、「年金額改定通知書」または「年金振込通知書」が必要です。</p>	

健康保険 傷病手当金申請フロー



記入見本 傷病手当金請求書

1 記号・番号は保険証に記載されています。



現在TOTO健保に加入されていない方も、TOTOでの記号・番号をご記入ください。

2 被保険者証に記載されています。あなたが雇用されている会社です。退職された方は記入不要。

3 第三者行為とは、発病・負傷の原因に加害者が存在することです。

4 労災による傷病で傷病手当金をお支払した後に労災認定された場合は、傷病手当金を返還いただけます。

5 今回請求する期間を記入してください。同じ期間を、医師の意見書の「労務不能と認めた期間」として主治医に証明してもらってください。医師が証明した期間以外、お支払いすることはできませんので注意ください。

6 請求期間中の、障害厚生年金について記入してください。

7 退職後の期間分を請求する方は必ず記入してください。

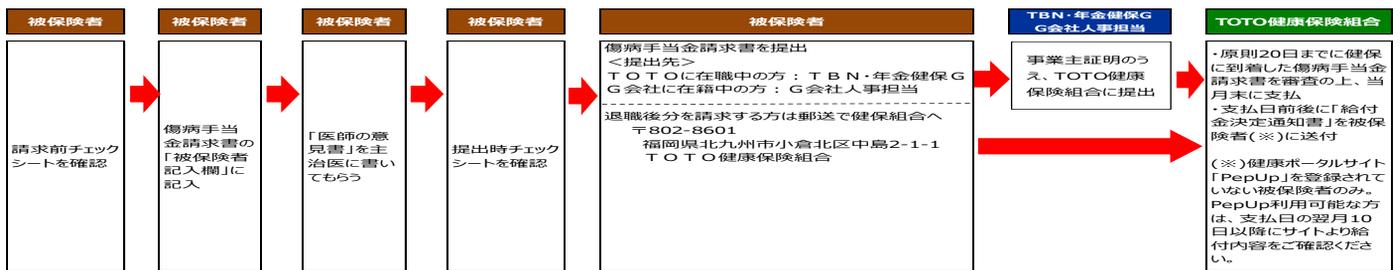
※裏紙使用禁止・A4印刷限定

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回目) 2枚中の1枚目

被保険者証記号	100	番号	99999	本籍会社	2 TOTO株式会社
被保険者氏名	(フリガナ) トノウ タロウ		社員番号	B999999	
住所	〒 ●●●●●● 東京都●●区●●		生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 ●●年●●月●●日	
傷病名	左大腿骨頸部骨折		初診日	☐ 平成 ●●年●●月●●日 ☑ 令和 ●●年●●月●●日	
発病または負傷の原因	原因が不明な場合は「不明」と記入 休日自宅で転倒し負傷した		3 第三者行為による傷病ですか	☐ はい ☑ いいえ	
			4 業務に起因する傷病ですか	☐ はい ☑ いいえ	
			5 「はい」の場合、労災保険の休業補償給付を申請しますか	☐ はい ☐ いいえ	
5 請求期間	令和 6年 4月 3日 より 令和 6年 6月 30日まで				
6 請求期間中に「はい」の場合、労務不能と認めた期間	すべての方が記入必須				
	療養のため労務に服することが出来なかった ☑ はい ☐ いいえ				
	障害厚生年金を受給した ☐ はい ☑ いいえ ☐ 現時点で受給していないが申請中(又は申請予定)				
	6 「はい」以外の場合は年金の種類 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 右欄にご記入ください。対象傷病名				
	※請求期間に支払われた障害厚生年金の金額がわかる「年金証書」「年金額改定通知書」「年金振込通知書」の写を添付				
7 今回請求する期間分を記入してください	7 今回の請求が退職後の期間分である方のみ記入必須				
	老齢厚生年金・老齢基礎年金を受給した ☐ はい ※年金証書および該当期間の支払通知書の写を添付 ☑ いいえ				
	雇用保険失業給付を受給した ☐ はい ☑ いいえ				
	現在の健康保険 ☑ TOTO任意継続 ☐ 国民健康保険 ☐ 家族の扶養に入っている				
8 現在の健康保険	☑ TOTO任意継続 ☐ 国民健康保険 ☐ 家族の扶養に入っている				
9 すべての方が提出前に	☑ 記入もれはありません ☐ 請求前チェックシート・提出時チェックシートを確認しました				
10 チェック	☑ 医師の意見書に間違いがないことを確認しました。不明点がある場合、健保が医師に照会することに同意します。				

	給与形態	☑ 月給制 ☐ 時給制	
事業主証明欄	支払した日に○、欠勤控除した日に△、公休日(日)を記入。支給していない日が連続する場合は押線でも可。(全額控除・全額支給の月は必ず記入不要)	令和 6年 4月	<input checked="" type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 基準内賃金 180,000 円 × 3 % × 欠勤日数 3 日 = 16,200 円
	令和 6年 5~6月	<input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 基準内賃金 円 × % × 欠勤日数 日 = 円	
	上記以外の月	令和 年 月 ~ 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 全額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 支払無 <input checked="" type="checkbox"/> 支払有 有の場合は、下欄に記入
	通勤費補助	円	月額で支給している場合は1日から末日までで記入してください。
	定期券補助	円	
	住宅費補助	円	
	福利厚生手当	10,000 円	
	被保険者請求期間について、上記のとおり証明します。		記入担当者 氏名 (スタンプ印可) 人事 花子
	所在地	●●県●●市●●	
	事業主 名称	TOTO株式会社	
	氏名	代表取締役 ●●●●	
	※請求期間の給料支給明細書・就業記録表を全て添付してください。基準内賃金以外の報酬が給料明細に記載されていない場合は別途、記載があれば(賃金台帳等)も添付ください。		

傷病手当金 申請フロー



『請求前チェックシート』『提出時チェックシート』にてチェックを必ず行って、記入不備等のないことを確認のうえ ご提出ください。(各チェックシートは提出不要です)

「請求時効」：労務不能の日1日ごとに、その翌日から起算して2年が経過したとき

TOTO健康保険組合

ホームページ

