

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 第三者行為とは加害者が存在すること、業務に起因するとは労災を指します。いずれも傷病手当金の対象になりません。

4 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ご注意ください。

5 請求期間中の、障害厚生年金について記入してください。

6 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

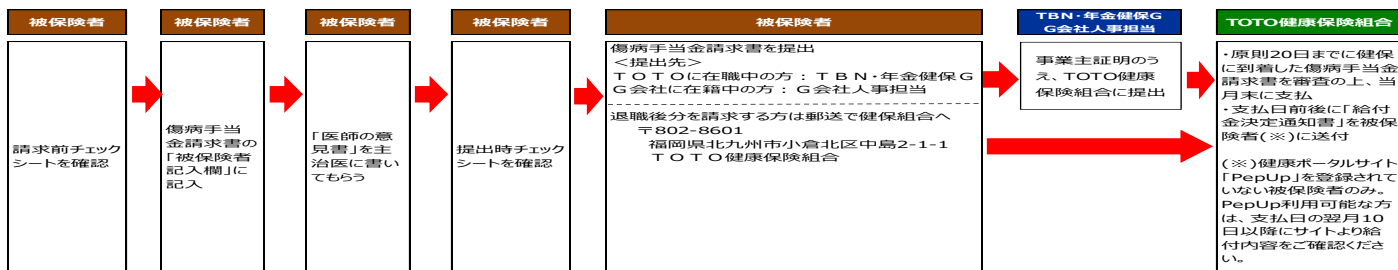
被保険者証記号	100	番号	99999	本籍会社	TOTO株式会社
被保険者氏名	(フリガナ) トーヨー タロウ 東陶 太郎			社員番号	B999999
住所	〒●●●-●●●●● 東京都●●区●●			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ●●年●●月●●日
傷病名	左大腿骨頸部骨折			初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ●●年●●月●●日
発病または負傷の原因	原因がはっきりしない場合は「不明」と記入 休日自宅にて転倒し負傷した			3 第三者行為による傷病ではありません <input checked="" type="checkbox"/> はい 業務に起因する傷病ではありません <input checked="" type="checkbox"/> はい	
請求期間	4 令和 5年 8月 3日 より 令和 5年 10月 31日まで				
上記請求期間に 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 障害厚生年金を受給した <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 現時点で受給していないが申請中(又は申請予定)				
請求期間中に 上記請求期間に すべての方が記入必須	5 「いいえ」以外の場合は右欄にご記入ください。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				
請求期間中に 上記請求期間に すべての方が記入必須	※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				
請求期間中に 上記請求期間に すべての方が記入必須	今回の請求が退職後の期間である方のみ記入必須				
請求期間中に 上記請求期間に すべての方が記入必須	6 老齢厚生年金・老齢基礎年金を受給した <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ 雇用保険失業給付を受給した <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 現在の健康保険 <input checked="" 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				
請求期間中に 上記請求期間に すべての方が記入必須	すべての方が提出前に <input checked="" type="checkbox"/> 記入もれはありません <input checked="" 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 checked="" 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。				

給与形態	<input checked="" type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 時給制											
基準内賃金	全額控除・全額支給でない月は、支給した日に○・欠勤控除した日に△・公休日に/を記入。(私傷病見舞金の場合は 支給無の日に一を記入でも可。)											
令和 5年 8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	欠勤控除 <input checked="" type="checkbox"/> 私傷病見舞金 <input type="checkbox"/>	
	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	基準内賃金 180,000 円 × 3 % × 欠勤日数 17 日	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	= 91,800 円
令和5年 9~10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 <input type="checkbox"/>	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	基準内賃金 円 × % × 欠勤日数 日	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	= 円
上記以外の月	令和 年 月 ~ 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> 全額支給											
事業主証明欄	<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 定期券補助 円 住宅費補助 円 福利厚生手当 10,000 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。						
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5年11月10日					記入担当者氏名 (スタンプ印可) 人事 花子						
所在地	TOTO株式会社					事業主名称 代表取締役社長						
氏名	●●●●●					●●●●●						

※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。

被保険者資格	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 取得接し調査 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 資格喪失日 R . . . <input type="checkbox"/> 喪失前に1年以上資格有 <input type="checkbox"/> 前月から給付が中断していない	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
被保険者資格	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 取得接し調査 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 資格喪失日 R . . . <input type="checkbox"/> 喪失前に1年以上資格有 <input type="checkbox"/> 前月から給付が中断していない	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間) うち不支給期間		円

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