

		決議No.		常務理事		事務長		係					
受付		年 月 日		令和 年 月 日		支払		令和 年 月 日					
健康組合記入欄	資格	得	昭和 平成 令和	年 月 日	待期	自	平成 令和	年 月 日	支給	自	平成 令和	年 月 日	不支給期間
		喪	平成 令和	年 月 日	期間	至	平成 令和	年 月 日	期間	至	平成 令和	年 月 日	
健康保険法第108条による差額調整 (計算根拠)										(日 間)			
自		年 月 日		至		年 月 日		円					

健康保険 傷病手当金請求書 (第 〇〇 回目) 2枚中の1枚目

被保険者が記入するところ	被保険者証(カード)	記号	番号	被保険者証に記載されている事業所名称	
	被保険者(請求者) 氏名・印	(フリガナ) ※氏名を自署された場合は捺印不要です		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	被保険者(請求者)の住所	〒 TEL			
	傷病名			発病または負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	発病または負傷の原因			負傷原因は第三者の行為によるものか	はい・いいえ
	労務不能の期間	平成・令和 年 月 日 より 平成・令和 年 月 日まで 日間			
	労務不能期間の就労の有無	有・無	障害年金・障害手当金受給の有無	有※・無・申請中・申請予定 ※年金証書および該当期間の支払通知書の写を添付 (対象傷病名)	
	上記労務不能期間が退職後の場合	老齢年金受給	有※・無・申請中・申請予定 ※年金証書および該当期間の支払通知書の写を添付		
		雇用保険失業給付	受給しない・受給中・受給予定(令和 年 月 日から)		

※審査の必要上、関係諸機関へ照会するための同意書を提出いただくことがあります(別途、健保より依頼)。

事業主証明欄	労務不能により休業した期間	平成・令和 年 月 日より 平成・令和 年 月 日まで 日間	給与形態	月給制・時間給制	
	上記休業期間および支払	基準内賃金について:支給した日は○、欠勤控除した日は△、支給無の日は一、会社休日は/を記入。 ※月給制の場合は1日から末日まで記入が必要		欠勤控除の計算式 ※月ごとに記載 基準内賃金 _____ 円 × _____ % × 欠勤日数 _____ 日 = _____ 円	
		平成 令和 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		
	事業主証明欄	報酬の支払	支払	有・無	有の場合は、下欄に記入
		基準内賃金以外の	通勤費補助	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分
			定期券補助	円	円
			住宅費補助	円	円
			現物給付(住宅)	円	円
	現物給付(食事)	円	円		
	上記に相違ないことを証明いたします。				
令和 年 月 日 事業主		所在地 名称 氏名		(印)	
※労務不能により休業した期間の給料支給明細書・就業記録票を全て添付してください。 基準内賃金以外の報酬が給料支給明細書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。					

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目) 2枚中の2枚目

保 険 医 師 の 意 見 書	対象者氏名		傷病名				
	発病または負傷の原因		発病または負傷年月日		平成 年 月 日	療養の給付開始年月日	
					平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	労務不能と認められた期間						
	自 平成・令和 年 月 日		入院 月 日～ 月 日 日間		実診療日数		
	至 平成・令和 年 月 日		日間。うち、通院 月 日～ 月 日 日間				日間
	主症状						
	傷病の状況						
	経過の概要						
	人工透析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		昭和・平成・令和 年 月 日	人工臓器等の種類	人工肛門・人工膀胱・人工透析・心臓ペースメーカー・その他〔 〕
上記のとおり相違ありません。							
証明日 令和 年 月 日		所在地 名称		医療機関 医師氏名 電話番号			
(印)							

【証明日】労務不能と認められた期間の最終日以降に証明してください。【医療機関所在地・名称】ゴム印を使用してください。
※医療機関独自の様式を使用する場合であっても、医療機関印および医師印は押印ください。

※実診療日数は必ず記入ください（「ゼロ日間」は不可）

【記入上の注意】

- ・ボールペンで記入してください（ただし、消えるインクのボールペンでの記入は不可）。
- ・記載内容を訂正する際は、二重線で訂正のうえ訂正印を押してください。（事業主証明欄は事業主印にて、医師証明欄は医師の印にて訂正）

■被保険者が記入するところ

- ・記入もれ、押印もれ、添付書類もれのないようご注意ください。
- ・退職後の期間について請求する場合、退職時の保険証記号・番号・事業所名称を記入してください。

■事業主証明欄

- ・3ヶ月以上の期間について証明する場合は、用紙を追加してください。
- ・「基準内賃金以外の報酬の支払」欄について

例1) 労務不能期間は1月15日から1月31日まで(基準内賃金の支払無)だが
 定期券代は(月額1万円)1月1日から1月末まで1ヶ月分支払っている場合

報 基 酬 準 の 内 支 賃 払 金	支払	(有)・無 有の場合は、下欄に記入	
		1月1日～1月31日分	月 日～月 日分
	通勤費補助	円	円
	定期券補助	10,000 円	円
	住宅費補助	円	円

例2) 労務不能期間は1月15日から2月28日まで(基準内賃金の支払無)だが
 定期券代(月額1万円)は1月1日から2月10日まで支払っている場合

報 基 酬 準 の 内 支 賃 払 金	支払	(有)・無 有の場合は、下欄に記入	
		1月1日～1月31日分	2月1日～2月10日分
	通勤費補助	円	円
	定期券補助	10,000 円	3,000 円
	住宅費補助	円	円

月額を日割で支払った月は日割期間と実支払額を記入

通勤費・定期券・住宅費・食事以外でも、標準報酬月額算定の対象となる報酬(通貨または現物)を支払った場合は、もれなく記載してください。

- ※ 現物給付(住宅)＝「厚生労働大臣が定めた現物給与の価額(1畳当たりの額)×広さ」－「本人負担額」
- 現物給付(食事)＝「厚生労働大臣が定めた現物給与の価額」－「本人負担額」
 (現物給与価額の3分の2未満の価額を本人負担額としている場合のみ)