

傷病手当金請求書

(第 回)

§

◎ 記入方法および添付書類等については、別紙を確認し黒のボールペンで記入してください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 記号と番号	記号	番号	② 被保険者 (請求者)の 氏名	(フリガナ)		
	③ 被保険者 (請求者)の 住所と連絡先	〒 - (フリガナ)		④ 生年月日		昭和・平成 年 月 日	
	⑤ 事業所の名称			⑥ 配属部署 や役職名			
	⑦ 被保険者の 業務の職種	事務・製造・営業・その他()		⑧ (具体的な仕事内容)			
	⑨ 傷病名	(1)			⑩ 発病また は負傷の 年月日	昭和 平成	年 月 日
		(2)				昭和 平成	年 月 日
	⑪ 発病または 負傷した原因					⑫ ⑨は他人の行 為によって負傷 したものですか	はい・いいえ
	⑬ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ()日間					
	⑭ ⑬の期間に おける療養 状態につい て詳しく	<病状やどのように過ごしたのかを具体的に> (通院・治療内容など)					
		<医師からの指示内容>					
⑮ ⑬の期間に報酬 を受けましたか	受けた	受けない	⑯ 報酬の支払いを受けたとき、 その報酬の額とその報酬支払 の基礎となった期間		令和 年 月 日から	の分として 令和 年 月 日まで 円	
⑰ 基礎年金番号					年金受給者は「年金証書」写し、直近の「年金額が分かる書類」(年金額改定通知書等)写しを添付してください。(別紙参照)		
⑱ 「障害厚生年金」「障害手当金」を受給していますか 受給・請求中の場合、受給の要因となった(なる)傷病名	はい・請求中・いいえ		<傷病名>				
⑲ 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか (退職後の期間を請求される方のみ記入してください)	はい・請求中・いいえ		<支給開始年月日> 平・令 年 月 日				
⑳ 介護保険を利用していますか	はい・請求中・いいえ		<傷病名>				
㉑ 労災保険から休業補償給付を受けていますか 「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	はい・請求中・いいえ		労働基準監督署				

※ 在職中の方は、事業所への振込みとなりますので、事業所の健保口座名義人へ受取りを委任してください。

東日本プラスチック健康保険組合

委 任 状	① 私とは下記の者を代理人と定め、傷病手当金の受領方を委任します。	令和 年 月 日	令和 年 月 日提出
	被保険者 (請求者) 住所 氏名	受付日付印	
	代理人 所在地 事業所名 氏名		

※ 下欄は、会社を退職した方のみ記入してください。(退職後初めて請求する場合、口座登録のため、通帳の写しを添付してください)

支払金融機関の欄	銀行 金庫		本店 出張所 支店 営業所	
	預金 種別	1.普通 2.当座	口座 番号	口座 名義

※ 記入漏れのないようお願いします。記入漏れがある場合、返戻して記入をお願いする場合があります。

※ 傷病手当金は事後請求です。事業主証明・医師意見は、請求期間後に記入の依頼をしてください。

※ 医師が労務不能と認めていない期間の請求は、原則として受付していません。

※ 請求期間に対しての、タイムカード(出勤簿)・賃金台帳の写し、または出勤簿に関する証明書を添付してください。(毎回必須)

事業主が証明するところ	㉗ 労務に服さなかった期間		㉘ 欠勤は○ 有給は△ 公休は公 出勤は出 で表示してください。															㉙ 合計		
	年 月 日から	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	欠勤	日	
	年 月 日まで	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有給	日
	日間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	公休	日	
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤	日
	㉚ 給与形態	月給・日給月給・日給・時給・その他()										締日	日から	日まで	支払日	日				
	㉛ ㉗の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合		年 月 日～	年 月 日まで	日間	(合計)	(日額)	円	円											
			年 月 日～	年 月 日まで	日間			円	円											
		手当	年 月 日～	年 月 日まで	日間			円	円											
	㉜ 欠勤控除を行っている場合はその計算式																			
㉝ うえのとおり相違ないことを証明いたします。																				
令和 年 月 日										所在地 事業所名 事業主氏名 電話 () 番										

◎ 記入方法および添付書類等については、別紙を確認してください。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名																															
	① 傷病名と療養の給付を開始した年月日(初診日)	(1)																									年	月	日			
		(2)																									年	月	日			
		(3)																									年	月	日			
	② 発病または傷病原因及び年月日	(原因)																										年	月	日		
	③ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	③の期間中の診療実日数																							日間					
		令和 年 月 日まで	日間	療養費用の別																							健保・公費・自費					
	④ ③のうち入院期間	令和 年 月 日から	日間	④の期間中の診療実日数																							日間					
		令和 年 月 日まで	入院	転帰																							治癒・繰越・中止・転医					
	⑤ 診療日を○で囲んでください	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
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
主たる症状及び経過(できる限り詳しく記入してください。)										手術年月日	年	月	日	退院年月日	年	月	日															
⑥ この期間の傷病状態																																
⑦ この期間の治療状況																																
⑧ 前月の症状との比較																																
⑨ 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所見(必ず記入してください。)																																
⑩ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき 人工透析の実施日または人工臓器を装着した日 平・令 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()														⑪ 記載内容について相違ありません。 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																		

(注) ③欄は⑩欄の記入日以前の期間で、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とその日数を記入してください。訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と療養担当者のサインが必要です。(修正テープ等は不可)

令和 年 月 日

東日本プラスチック健康保険組合 殿

住所 〒

被保険者氏名

(受診者名)

傷病原因について(回答)※初回申請時のみ記入してください

保険証 記号 番号		事業所名	
負傷の日時	令和 年 月 日(曜日)	午前 午後	時 分(頃)
負傷の場所 (どこで)	付近		
負傷したときの 状況	1. 出勤途中 2. 勤務中 3. 勤務日の休憩中 4. 退勤途中 5. 出張中 6. その他()		
負傷の原因 (何をしているとき どのようにして負 傷しましたか。わ かりやすく記入し てください。)			
治療期間	1. 令和 年 月 日まで 2. 現在も治療中 3. 転医		
他人の行為で負 傷したときは、そ の人の氏名		第三者行為による傷病届を 健保組合に提出しましたか。	1. 提出済 2. 未提出

負傷日勤務時間	午前 午後	時 分 から	午前 午後	時 分 まで
あなたの 仕事内容	工場または、支店名			
	勤務先の電話番号			
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅)		(勤務先)	所要時間 (時間 分)

※ 勤務していた日の負傷の場合は上記の太枠内も必ず記入してください。

傷病手当金の支給要件等

< 支給を受ける条件 >

① 業務外の事由による病気・ケガのため療養中であること

業務上あるいは通勤途上の事故や災害により病気やケガをしたときは、労災保険の扱いとなります。

② 病気・ケガのため仕事に就けないこと(労務不能)

労務不能の判定は、療養担当者(医師等)の意見等を基に被保険者の仕事の内容を考慮して判断されます。

③ 連続して3日間以上会社を休み、4日目以降も休んだ日があること

労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降休んだ日に対して支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

※待期には、有休・土日・祝日等の公休日も含まれます。また、就労時間中に業務外の事由で発生した傷病により労務不能となった場合には、その日を待期期間の初日として起算されます。

④ 給与(報酬)の支払がないこと

給与の支払があっても、傷病手当金の日額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。任意継続被保険者である期間中に発生した病気・ケガについては支給されません。

< 支給期間(法定期間) >

支給開始日から最長で通算して1年6ヶ月

< 支給額 >

1日につき直近12ヵ月間の標準報酬月額平均額÷30×2/3

< 傷病手当金の調整 >

①～⑤にあてはまる場合、傷病手当金の一部または全部が調整されます。

① 事業主から報酬の支給を受けたとき

② 出産手当金を同時に受けられるとき

③ 障害厚生年金または障害手当金を受けられるようになったとき

同一の傷病等により厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金を受けられるようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金額(同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額)の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

④ 老齢退職年金を受けられるようになったとき

退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

⑤ 労災保険から休業補償給付を受けている場合

< 留意事項 >

注1 病気やケガの療養のための労務不能と認められない場合は支給できません。

注2 医療機関に受診していても治療が行われていない場合(予防的なもの、通常の妊娠等)は支給されません。

注3 請求書提出後、内容審査を行っていますので、給付決定まで約1～2ヶ月かかります。

注4 傷病手当金は給与に代わるものですので、1ヶ月を単位として請求してください。

注5 詳細についてはホームページをご覧ください。

傷病手当金請求書の記入方法及び注意事項

【被保険者の方へ】

「事業主が証明するところ」は、お勤め先の事業所に証明を受けてください。(資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄で提出してください)

「療養を担当した医師が意見を記入するところ」は、請求期間に労務不能となった主たる病気の療養を担当した医師の意見を受けてください。

傷病手当金は事後請求です。事業主証明・医師意見は、請求期間後に記入の依頼をしてください。
また、傷病手当金は給与に代わるものですので、1ヶ月を単位として請求してください。

- ① 事業所を退職している者(任意継続被保険者を含む)は、在職中の記号・番号、事業所の名称、仕事内容を記入してください。(A⑥F⑧欄)
- ② ⑧欄は、事務員などではなく、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など具体的に記入してください。
- ③ ⑩欄は、請求期間の病状や経過内容を詳しく記入してください。
- ④ 事業所に在職中の者は、委任状(⑩欄)を記入してください。
- ⑤ 労災保険請求中や年金額に変更があった場合は、健保組合へ連絡してください。

【事業主の方へ】(資格喪失日以降の期間の請求時は、事業主の証明不要)

- ① 被保険者の請求期間と医師が労務不能と認めた期間が同一になっていることを確認の上、労務に服さなかった期間が含まれる月の給与について証明し、その給与が確定してから提出してください。
- ② 請求期間に対しての、タイムカード(出勤簿)・賃金台帳の写し、または出勤簿に関する証明書を添付してください。(毎回必須)
- ③ ⑫欄は、該当する給与の種類を選び、賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。
⑭欄は、請求期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況と欠勤控除計算方法などを記入してください。(記入しきれない場合は添付書類(賃金台帳の余白など)に記入してください)
- ④ 記入内容を訂正する場合、二重線で訂正し、正しい内容を記載のうえ、証明者のサインを記入してください。

【療養担当者の方へ】

- ① ①欄は、労務不能と認めた傷病名が複数ある場合、(1)から主たる病名とその初診の日を順次記入してください。
- ② ③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とその日数を記入してください。また、記入日(⑩欄)以前の期間を記入してください。(未来予測不可)
- ③ ⑥～⑨欄は、労務不能と認めた期間について、症状および経過、具体的な治療・指導内容、労務不能と認められた医学的所見をできるだけ詳しく記入してください。
- ④ ⑩欄は、労務不能と認めた期間の最終日以降に記入してください。
- ⑤ 記入内容を訂正する場合、二重線で訂正し、正しい内容を記載のうえ、療養担当者のサインを記入してください。

傷病手当金請求書の添付書類

全員	タイムカード(出勤簿)・賃金台帳の写し、または出勤簿に関する証明書 請求期間に対して毎回提出してください。 (資格喪失日以降の期間の請求時は不要)
障害厚生年金の給付を受けている方	○年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し
老齢退職年金の給付を受けている方 (申請期間が資格喪失後の場合)	○年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し
労災保険から休業補償給付を受けている方	「休業補償給付支給決定通知書の写し」
ケガ(負傷)の場合	傷病原因について(回答)
被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合	法定相続人であることの「申立書」及び被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」など。 (申立書は健保組合にお問い合わせください)

- ▼次に該当する方は、上記添付書類の他に書類の提出をお願いする場合があります
- ・当健保組合に加入してから1年以内の期間を請求する場合(または、マイナンバーより過去の受給履歴などを確認します)
 - ・ケガ(負傷)及び第三者による傷病の場合など

送付先

事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。

※資格喪失日以降の期間の請求時は、下記宛に送付してください。

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4

東日本プラスチック健康保険組合 給付係