

記入例

- 注) 1. 本請求書は、必ず事業主(本籍会社)の人事部門へ提出してください。
 2. 記入間違いの際は、二重線を引き訂正印を捺印の上、修正してください。
 3. 本請求書は、片面印刷してご記入ください。

支給決定伺		同年月日	令和	年	月	日
支給決定額		円	決裁年月日	令和	年	月
支給期間		日間	常務理事	事務長	課長	係
算出の基礎		円				
備考						

傷病手当金の請求回数を記入

傷病手当金請求書

(第 1 回)

保険証に印字されている記号と番号を記入

保険証に印字されている資格取得年月日を記入

2枚目の「療養を担当した医師の意見」の傷病名を記入

自覚症状があった日など、「～頃」という記入でも可

被保険者証の記号番号	記号 101 番号 123456	事業所の名称	日本ユニシス株式会社
資格取得年月日	昭(平)令 20年 4月 1日	療養のため休んだ期間中に報酬の支払を受けたか又は受けられるときはその期間と金額	全期間 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間 一部期間 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間 その他 平成・令和 年 月 日より無給
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日	標準報酬	月 額 日 額 健保記入欄
傷病名	〇〇〇病	入院したとき	入院したとき 病院名 住所 入院した期間 自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日 日間
発病又は負傷の年月日	平成・令和 27年 4月 1日	種別 (該当にレ印をしてください)	障害年金・障害手当金・老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金
*療養の給付開始年月日	平成 年 月 日 健保記入欄	受給している又は受けることができる場合	受給開始年月日 基礎年金番号 年金額
*支給開始年月日	平成 年 月 日	療養のため休んだ期間	自平成・令和 ××年××月××日 ××日 至平成・令和 ××年××月××日 ××日

本籍会社名を記入

記入不要

請求対象期間中に、入院した場合は記入

これらの年金・手当金を受給している場合は、青枠内を記入の上、年金証書等のコピーを添付

<本請求書第1回目の場合>
 自:実際に療養のためにお休みに入った日を記入
 至:傷病手当金請求対象となる休んだ期間の末日を記入

<本請求書第2回目以降の場合>
 自:前回提出分の療養のため休んだ期間の末日の翌日
 至:傷病手当金請求対象となる休んだ期間の末日を記入

事業主へ提出する日を記入
 令和 ××年 ××月 ××日

注)「療養のため休んだ期間」の至の日付以降であること

日本ユニシス健康保険組合 御中
 保険者 〒 123-4567
 住所 東京都江東区豊洲1-2-3
 氏名 豊洲 朝子
 電話 03-3123-4567
 振込希望口座 三井住友 銀行 築地 支店 普通 当座 NO. 123456

〒、住所、氏名、電話番号、振込希望口座を記入、捺印をお願いします。(シャチハタ可)
 ※自署の場合は、捺印を省略できます。

振込希望口座について
 <在職者の場合>
 →本人口座へ直接払いとなるため、給与振込口座を記入

確認欄
 自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者であることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに基づき、健康保険業務以外には使用しません。)

- ・自署したが確認欄にチェックがなく、かつ捺印がない場合は不備となるため返却させていただきます。
- ・被保険者確認のもと、他の方が作成された場合は、チェックは不要です(捺印必要)。

記入例

保険証に印字されている記号と番号を記入

被保険者記号・番号	記号	101	被保険者氏名	豊洲 朝子
	番号	123456		

氏名を記入

事業主の証明

療養のため労務に服さなかった期間	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	日間	
上記期間中の分として支払う報酬額	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	日間	全額
	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	日間	一部支浴額 円
報酬額	平成・令和 年 月 日 より無給			

上記の通り相違ないことを証明します。

事業主(又は代理人)

住所
氏名

赤枠内は、療養を担当した医師に全て記入・捺印を依頼してください。
※記入依頼後、以下①～③を確認ください。
①記入内容にもれがないか、また医師の押印がされているか、判読可能かどうか
※判読できない場合、医師に照会をすることがございます。

一、この様式は、被保険者が療養の滞りなく回復のために会社業務を休む、二、印紙は未納印で捺印願います、三、本欄には記入しないでください、四、全ての該当する項目に記入してください、五、この様式は、被保険者が療養の滞りなく回復のために会社業務を休む、

療養を担当した医師の意見

傷病名		
発病又は発症の原因		
発病又は発症の日	平成・令和 年 月 日	療養開始年月日 平成・令和 年 月 日
労務不能と認められた期間	自 平成・令和 年 月 日 日間	至 平成・令和 年 月 日 日間
上記の期間における診療日及び入院した日を□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	[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
上記の期間中における「傷病の主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		
上記期間の休業の有無について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり 月 日に 日分処方)	
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		

②医師が「労務不能と認められた期間」は、1枚目の「療養のため休んだ期間」と同一期間で証明を受けること
※下記「補足」参照

③療養を担当した医師の証明日は、「労務不能と認められた期間の至」の日付以降で証明を受けること
※見込みでの証明は不可

上記の通り相違ないことを証明します。

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

()

療養の滞りなく回復のために会社業務を休む、

です、

補足)

傷病手当金請求書第1回目の場合

→1枚目の「療養のため休んだ期間」の範囲内で、療養を担当した医師に「労務不能と認められた期間」を証明してもらってください。

傷病手当金請求書第2回目以降の場合

→療養を担当した医師に、1枚目の「療養のため休んだ期間」と同一期間となるよう証明してもらってください。