

書式はA4判で印刷後、各自コピー機でA3に拡大して、ご利用ください。

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

**添付書類（被保険者用）**

- ・負傷（けが）の場合：負傷原因届（初回のみ）
- ※厚生年金保険の障害厚生年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受給している方
- ・年金証書のコピー（初回及び変更の都度）
- ・年金額改定通知書のコピー（初回及び変更の都度）
- ・年金振込通知書のコピー（初回及び変更の都度）
- ☆障害厚生年金、障害手当金を受給している方
- 傷病手当金と同一の疾病の場合、調整があります。
- ☆老齢厚生年金等を受給している方
- 退職後、傷病手当金を受給する場合、老齢厚生年金等の調整があります。

**添付書類（事業主用）**

- ・出勤簿のコピー（※初回のみ）
- ・賃金台帳のコピー（※初回のみ）
- ※初回申請の際に必要です。2回目以降でも報酬の支払いが一部あるとき、また申請期間が継続していない場合は必要です。

### 傷病手当金請求書

① 被保険者証の記号・番号	1-11111
③ 被保険者の氏名	健康太郎
⑤ 傷病名	尿管結石
⑥ 発病又は負傷年月日	令和〇〇年2月1日
⑦ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 「(発病時の状況) 突然脳腹に激痛がはしり、病院に行った所上記のように診断され入院となった <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください
⑧ 第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑨ あなたの仕事の内容(具体的に)(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	部品組立(立ち仕事)
⑩ 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和〇〇年〇月〇日 から 令和〇〇年〇月〇日
⑪ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 「はい」と答えた場合、その旨を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 当健保加入前に他健保で傷病手当金を受給したことがありますか	<input type="checkbox"/> ある 健保名「」 傷病名「」 <input checked="" type="checkbox"/> ない
⑬ 障害厚生年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	<input checked="" type="checkbox"/> 障害厚生年金 (ア) 年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害手当金 (イ) 年金額 50,000円 (ウ) 年金の支給事由となった傷病名 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 (エ) 障害年金を受けている場合の年月日 〇〇年6月1日 (オ) 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード 123456
⑭ 今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入下さい。労働基準監督署
⑮ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号 被保険者番号 保険者名称
⑯ 振込希望機関	大阪 銀行 大阪 支店 口座番号(普通・当座) 1234567 口座名義(カタカナ) ケンコウタロウ
<p>被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。</p> <p>等)で事前登録した公金受取口座を利用します  <input checked="" type="checkbox"/>、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入)</p> <p>⑰ 〒 111-1112          住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号          令和〇〇年6月1日          エクセディ健康保険組合 理事長 殿 被保険者の氏名 健康太郎</p>	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)	

ご注意!! 傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者(加害者)の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

事業主記入欄です。 令和〇〇年5月15日から令和〇〇年5月31日まで17日間

事業主が証明するところ	支給した賃金内訳	文相期間	単価	5/1~5/31	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
	基本給・基準給	300,000	130,435		基本給:欠勤控除あり 300,000円 ÷ 23日 × 13日 = 169,565円 役職・家族・通勤・食事欠勤控除なし
	役職・技能・資格手当	20,000	20,000		
	家族(扶養)手当	5,000	5,000		
	通勤手当	5,000	5,000		
	残業手当				
	食事・石油手当	10,000	10,000		
	休業手当				
	手当				
	合計	340,000	170,435		
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他( )				
賃金計算	締日 末日 支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月	15日		

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇〇年6月15日

事業所所在地 大阪市大阪区大阪町1丁目23番45号 電話 (01)4567-8901

事業所名称 株式会社△△□

事業主氏名 社長名

左の期間中に出勤した日は○を、有給休暇をとった日は△を、公休は公を、欠勤は/で表示してください。

5月	1	2	3	4	5	公	公
	8	9	10	11	12	公	公
	15	16	17	18	19	公	公
6月	22	23	24	25	26	公	公
	29	30	31				

出勤 0日 有給 10日

7月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
8月	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

出勤 日 有給 日

医療機関記入欄です。

尿管結石

発病又は負傷の原因 不詳

発病又は負傷の年月日 令和〇〇年2月1日

療養の給付を開始した年月日(初診日) 令和〇〇年2月1日

労務不能と認められた期間 令和〇〇年5月15日から令和〇〇年5月31日まで 17日間

診療実日数 20日

診療日を○で囲んで下さい。

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

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) 右脇腹痛の為来院、X線検査により右尿管に結石をみとめ入院。加療を行う。5/31退院以降通院による経過観察中。

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

〇〇〇〇〇〇〇〇。

療養費用の別  健保  自費  公費( )  その他( )

上記のとおり相違ありません。 令和〇〇年6月5日

医療機関の所在地 大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号

医療機関の名称 大阪病院

医師の氏名 大阪 太郎

電話 (01) 2345-6789

私は 〇〇年〇月〇日 〇〇年〇月〇日 〇〇年〇月〇日 〇〇年〇月〇日

を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和〇〇年〇月〇日 請求した傷病手当金のうち金 〇〇〇〇〇円也の受領に関すること。

令和〇〇年〇月〇日 被保険者の住所 氏名

代理人の住所 氏名

振込希望機関 銀行 支店 口座番号(普通・当座) 口座名義(カタカナ)