

傷病手当金の申請は
できる限り1ヶ月単位
で提出してください。

健康保険 傷病手当金(付加金)請求書

健康保険組合理事長殿

第 1 回

◎ 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

被
保
者

本
人
が
記
入
す
る
と
こ
ろ

① 被保険者証の記号・番号	1 - 12345	② 被保険者名	健保 太郎
③ 被保険者の連絡先	〒123 -4567 東京都世田谷区世田谷1-1 Tel 03 (3456) 7890		
④ 勤務している(いた)事業所名	スタンレー電気株式会社	⑥欄 いつ、どこで、どうして いるときに、等詳しく記入して ください。	
⑤ 傷 病 名	くも膜下出血		
⑥ 発病または負傷の原因 (詳しく)	3月1日頃より頭痛があり、会社を休んでいたが3日深夜激しい頭痛に襲われ 救急車で運ばれた。		
⑨欄 第1回目の申請は、休み 始めた日から記入してください。 2回目以降は医師が労務不能と 認めた期間を記入してください。	平成 22 年 3 月 1 日	⑧ 第三者の行為によって負 傷したものですか	はい・いいえ
⑩ 療養のために休んだ期間	平成22年 3月 1日 ~ 平成22年 4月 30日まで (61日間)		
障害者 年金 につ いて	⑩ ⑤により「障害者年金」ま たは「障害者手当金」を受給 していますか	いいえ・請求中・はい	←請求中・はいの場合は、⑪・⑫も記入 【添付書類】 ①傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写 + 請求中の場合・・・②「年金見込額照会回答票」の写 はいの場合・・・③当該「年金証書」写・直近の「年 金額の分かる書類」写 を添付してください。
	⑪ 「障害者年金」または「障 害者手当金」の受給原因と なった傷病名		
	⑫ 「障害厚生(基礎)年金」 または「障害手当金」の額	年額 円	
退職 後の 期間 を請 求さ れる 方	⑬ ⑨の期間の報酬(給与 等)がありましたか	ない・ある	←ある場合は、⑭も記入
	⑭ 報酬(給与等)の支払の 基礎となった期間と金額	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで (円)	
	⑮ 老齢又は退職を事由と する公的年金を受給してい ますか	いいえ・請求中・はい	←請求中・はいの場合は⑯に記入し、上記②・ ③を添付してください。
	⑯ 老齢又は退職を事由と する公的年金制度名と金額	年金制度名 円	
(ゆ う 支 払 金 融 機 関)	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 営業部
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号	1 2 3 4 5 6 7

- ⑨ 療養のため休んだ期間(医師が労務不能と認めた期間)を記入してください。
- ⑩ 請求される傷病について障害厚生年金を受給中または請求中の場合は、右記の添付書類を提出してください。
年金額に変更があった場合は、健保へ連絡してください。
- ⑬ 退職後の期間を請求する場合は、必ず記入してください。
・退職後、給与等の報酬がある場合は、⑭に記入してください。
・老齢または退職を事由とする公的年金を受給中・請求中の場合は、右記の添付書類を提出してください。

事業主が記入するところ	⑱ 労務に服さなかった期間	平成 22 年 3 月 1 日から 平成 22 年 4 月 30 日まで (61 日間)	左記の期間の欠勤又は休職中に会社報酬を全額又は一部支給していますか	<input checked="" type="checkbox"/> 支給している <input type="checkbox"/> 支給していない																																																																																																													
	休職年月日	平成 22 年 4 月 1 日	復職年月日	平成 年 月 日																																																																																																													
記入するところ	⑲ 下記の欄は労務に服さなかった期間について、勤怠を記入してください。※全休職中の請求の場合は記入不要です。 ↓ (勤怠記入記号：休日／ 出勤○ 年休△ 欠勤ー)																																																																																																																
	<table border="1"> <tr> <td>3 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td> <td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				3 月	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	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	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31						29	30	31																		
3 月	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	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																																																																																												
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31																																																																																																	
29	30	31																																																																																																															
記入するところ	⑳ 労務に服さなかった期間中の報酬関係	平成 22 年 3 月 1 日から 平成 22 年 3 月 31 日まで 31日間	250,620円	3月25日支払 日額 8,085 円																																																																																																													
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	円	日額 円	月 日支払 円																																																																																																													
記入するところ	うえのとおり相違ないことを証明します。平成 22 年 5 月 12 日																																																																																																																
	事業主 所在地 東京都目黒区〇〇 名称 スタンレー電気株式会社 氏名 北野 隆典	(印)																																																																																																															

◎ 労務不能と認められた期間が経過した後に証明してください。

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名	くも膜下出血		
	発病または負傷の原因	不詳		
療養を担当した医師が意見をかくところ	発病または負傷年月日	平成 22 年 3 月 4 日	療養の給付を開始した年月日	平成 22 年 3 月 4 日
	労務不能と認めた期間	平成 22 年 3 月 4 日 から 平成 22 年 4 月 30 日まで (58 日間)	左の期間中の診療実日数	58日間
療養を担当した医師が意見をかくところ	上の期間中の入院期間	平成 22 年 3 月 4 日 から 平成 22 年 4 月 30 日まで (58 日間)	転 帰	年 月 日 治癒・ <u>継続</u> ・ 中止・転医
	傷病の主症状及び経過概要	<p>(1) 労務不能期間中における主たる病状及び経過(詳しく)</p> <p>平成22年3月4日深夜、激しい頭痛と意識混濁状態により救急搬送された。CT撮影により動脈瘤破裂によるくも膜下出血と判明、緊急手術を行った。</p> <p>(2) (1)による病状経過からみて労務不能と認められた医学的所見</p> <p>意識障害が改善されず入院加療中により就労は不可能である。</p>		
療養を担当した医師が意見をかくところ	人工透析または人工機器等を装着したときは記入	人工透析を実施または人工臓器の装着した日	平成	
	人工臓器等の種類	ア:人工肛門 イ:人工膀胱 ウ:人工関節 エ:人工骨 カ:人工透析 キ:その他()		
療養を担当した医師が意見をかくところ	うえのとおり相違ありません。平成 22 年 5 月 10 日			
	医療機関 住所(所在地) 〒 123-4567 東京都世田谷区〇〇10-9-8 名称 医療法人 〇〇〇病院 医師氏名 医院長 井領 進	Tel 03 - 3456 - 9876 (印)		

証明は労務不能と認められた期間が経過した後に記入してください。先付け証明は受付できません。