健康保険　傷病手当金請求書（退職後の継続給付）

⑨の期間が退職日の翌日以降の請求

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

※1カ月につき、1枚毎に申請してください　　**第　　回**

◎訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

被保険者（申請者）記入欄

① 被保険者証の記号・番号		―		② 被保険者氏名 被保険者が死亡している場合は、相続人の氏名と続柄を記入	
③ 被保険者の連絡先	〒　　― Tel　　（　　）				
④ 勤務していた事業所名と部課名と仕事の内容	事業所名: 所属(部課名): 仕事の内容:			※既に退職している場合は退職日を以下記載 退職日:　令和　　年　　月　　日	
⑤ 傷病名					
⑥ 発病または負傷の原因（該当するものに☑）	☐ 1.業務外の病気・ケガ ☐ 2.業務上（仕事中・通勤途上）の病気・ケガ ⇒ **事業所へ届け出て、労災手続きを行ってください** ☐ 3.第三者行為（交通事故・傷害・暴行　） ⇒ 「第三者行為による傷病届等」 **を提出してください**				
⑦ 発病または負傷年月日	平成 令和　　年　　月　　日			⑧ ⑥の具体的な状況や原因を記入	
⑨ 療養のために休んだ期間	R　　年　　月　　日　～　R　　年　　月　　日（　　日間） ※「⑨療養のため休んだ期間」は、医師記入欄の「医師が労務不能と認めた期間」を記入してください				

障害者年金について

⑩ ⑤の傷病により「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」または「はい」の場合は、⑪・⑫を記入 ※年金額に変更があった場合は、必ず健保組合へ連絡してください
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		【添付書類】 「請求中」の場合→以下❶＋❷ 「はい」の場合　→以下❶＋❸ ❶傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写 ❷「年金見込額照会回答票」の写 ❸当該「年金証書」写、または直近の「年金振込通知書」写
⑫ 「障害厚生(基礎)年金」または「障害手当金」の額	年額　　円	
⑬ ⑨の期間の報酬(給与等)がありましたか	ない ・ ある	←⑬で「ある」を選択した場合は、⑭も記入してください
⑭ 報酬(給与等)の支払の基礎となった期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日	
⑮ 報酬(給与等)の支払の基礎となった金額	円	※退職後、給与等の報酬がある場合は、⑮に記入してください
⑯ 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」または「はい」を選択した場合は、上記❷または❸を添付してください
⑰ 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	年額　　円
⑲ 支払先金融機関	☐ 銀行　☐ 信用金庫　☐ 労働金庫　☐ 農協	☐ 本店　☐ 支店　☐ 出張所　☐ 営業部

預金種別		口座番号		口座名義	
	☐ 普通(総合) ☐ 貯蓄 ☐ 当座				（カタカナで記入）

【申請ルート】
申請者 → 健保（直接提出）

健保受付印

健康保険　傷病手当金請求書（退職後の継続給付）

1 2 3 4

療養担当者（医師）記入用

療養を担当した医師の記入欄

① 被保険者氏名				
② 傷病名				
③ 発病または負傷の原因（具体的に記載）				
④ 発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日	療養の給付を開始した年月日	平成 令和　年　月　日	
⑤ 労務不能と認めた期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日（　日間）			
	上記期間中の診療実日数　日	転帰	令和　年　月　日 治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医	
⑥ 上記期間中の入院期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日（　日間）			
⑦ 傷病の主症状及び経過概要 ※明瞭な文字でご記入をお願いいたします。判読不能な場合、確認のため申請処理が遅れることがあります。	(1)上記期間中における「主たる病状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）			
	(2)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			
人工透析または人工機器等を装着したときは以下欄を記入ください				
⑧ 人工透析実施または人工臓器装着日	昭和・平成・令和　年　月　日			
⑨ 人工臓器等の種類	ア:人工肛門　イ:人工膀胱　ウ:人工関節　エ:人工骨頭　オ:心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ カ:人工透析　キ:その他（　）			

うえのとおり相違ありません

令和　年　月　日

医療機関所在地　〒　－

医療機関名称

医師氏名　㊞

Tel　－　－

※上記証明欄の日付は、「労務不能と認めた期間」が終了した後の日付で作成・発行ください

※訂正がある場合は医師が二重線で抹消し、正しい内容と医師の氏名（サイン）を記入してください。

※病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

健康保険　傷病手当金請求書(退職後の継続給付)

1 2 3 4

退職者記入用

① 在職中の被保険者証の記号･番号		―		② 被保険者氏名	

③ 現在加入されている健康保険	（　　）健康保険 全国健康保険協会（　　）支部 国民健康保険（　　）市区町村	被保険者 ・ 被扶養者
	スタンレー電気健康保険組合以外の健康保険に加入している場合の必要書類 **A.健康保険資格情報のお知らせ(写)、もしくはマイナポータルの資格情報のお知らせ画面の印刷のいずれか1つ** **B.以下④の期間に受診した医療機関(病院･調剤薬局)の「領収書」(写)**	
④ 傷病手当金の申請期間と診療実日数	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 (診療実日数　　日)	
⑤ ④の診療実日数が月に0～1日だった場合の理由		
⑥ 雇用保険の受給状況	☐ 受給手続き中 ☐ 給付を受けた　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 ☐ 給付の申請はしていない ☐ 受給期間延長の申請をした　⇒(※「受給期間延長通知書」の写しを添付)	
⑦ 雇用保険の傷病手当給付について	☐ 受給手続き中 ☐ 給付を受けた　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 ☐ 給付の申請はしていない	
⑧ 受診状況	☐ 毎日受診している ☐ 週に　（　　）日受診している ☐ 月に　（　　）日受診している	
⑨ 医師の指示通り薬を服用していますか？	☐ 服用している ☐ 時々服用している⇒理由: ☐ 服用していない　⇒理由: ☐ 薬の処方がない	
⑩ 日中の過ごし方(最も近いものを1つ選んでください)	☐ 日常生活が普通にできた ☐ 時々散歩する程度で、ほとんど家で過ごしていた ☐ 身の回りのことはできたが、一日中家にいた ☐ 最低限のことはできたが、1日中　　時間程度横になっていた ☐ 身の回りのことも、家人の手助けが必要で、一日中横になっていた	
⑪ その他、毎日どのように過ごしていますか？(該当するものに☑)	☐ 読書をする　☐ 手紙･日記などを書く　☐ テレビなどを見る　☐ 談話をする ☐ 買い物に出かける　☐ 散歩⇒ 1日　　回　　分程度 ☐ 軽度の仕事をしている(どのような　　)	
⑫ 医師からの就労に関する説明	☐ 継続して治療が必要で就労はできない ☐ 症状は軽快しているが、しばらく経過観察が必要 ☐ 令和　　年　　月　　日から就労可能 ☐ その他　(　　)	
⑬ 現在の体調･自覚症状(具体的に記入してください)		
⑭ 医師から指示された療養上の注意事項		
⑮ 上記期間中に市販薬等を服用していた場合は、薬名と服用状況を記入		

健康保険　傷病手当金請求書(退職後の継続給付)

1 2 3 4

退職者記入用

① 在職中の被保険者証の記号･番号		―		② 被保険者氏名	

提出書類(スタンレー電気健康保険組合以外の健康保険に加入している場合、提出が必要)

A. **「健康保険資格情報のお知らせ」(写)**、または**マイナポータルの「資格情報のお知らせ画面」の印刷物**
いずれか1点

B. 前ページ④の期間に受診した医療機関(病院･調剤薬局)の**「領収書」(写)**

※ここに必要書類のコピーをホチキス
またはのりで添付してください