

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

退職者が在職中の期間について請求する場合には、書式が異なります。⇒[こちらの書式](#)

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 13 回

◎ 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

① 被保険者証の記号・番号	1 - 12345	② 被保険者氏名	健保 太郎
③ 被保険者の連絡先	〒 123 - 4567 東京都〇〇〇〇 ▲▲-××××	Tel 03 (〇〇〇〇) ▲▲▲▲	
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: スタンレー電気株式会社 所属(部課名): 秦四工)部製一) 二係 仕事の内容: ライン業務(工具を使った部品取り付け業務) 退職日: 令和 7 年 3 月 31 日	※既に退職している場合は退職日を以下記載	
⑤ 傷病名	くも膜下出血		
⑥ 発病または負傷の原因(該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 1.業務外の病気・ケガ <input type="checkbox"/> 2.業務上(仕事中・通勤途中)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 <input type="checkbox"/> 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し を提出してください		
⑦ 発病または負傷年月日	平成 6 年 3 月 1 日	⑧ ⑥の具体的な状況や原因を記入	3月1日頃より頭痛があり、会社を休んでいた深夜激しい頭痛により救急車で運ばれた。
⑨ 療養のために休んだ期間	R 7 年 4 月 1 日 ~ R 7 年 4 月 31 日 (31 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、①・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	くも膜下出血	【添付書類】 「請求中」の場合→以下①+② 「はい」の場合 →以下①+③ ①傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写 ②「年金見込額照会回答票」の写 ③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「障害者手当金」の額	年額 1,200,000 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⑭または⑮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
⑱ 支払先金融機関	××××	<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	〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 営業部
預金種別	<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 口座名義
			(カタカナで記入) ケンボ タロウ

①在職時の被保険者証の記号と番号をご記入ください。※枝番は記入不要です。

2 仕事中(通勤途中)の病気やケガについては、原則労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外となります。労災保険給付の対象とならない場合(休業補償給付の額が傷病手当金の額より低い場合)は健保給付の対象となります。

3 第三者の行為により休業補償給付を受けている場合は請求できません。

⑱ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・口座番号をご記入ください。

ゆうちょ	<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	二三八	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 営業部
振込種別	<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 口座名義
			(カタカナで記入) ケンボ ハナコ

【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	健保 太郎			
	② 傷病名	くも膜下出血			
	③ 発病または負傷の原因(具体的に記載)	動脈瘤の破裂による。業務や通勤との関連は認められない。			
	④ 発病または負傷年月日	平成 6 年 3 月 1 日	療養の給付を開始した年月日	平成 6 年 3 月 1 日	
	⑤ 労務不能と認めた期間	令和 7 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 年 4 月 30 日(30 日間)			
		上記期間中の診療実日数	5 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	<p>(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)</p> <p>6年3月1日、突然の激しい頭痛と意識障害を認め救急搬送され、CT検査にてくも膜下出血と診断。動脈瘤破裂によるものであり、同日緊急入院。○月○日に開頭クリッピング術を施行。術後は集中治療室にて管理され、意識状態は徐々に改善。現在は構音障害および記憶力の低下、疲労感などの後遺症が残存し、自宅療養と通院リハビリを継続している。就労可能な状態には至っていない。</p> <p>(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</p> <p>発症後に開頭クリッピング術を施行し、急性期を脱したものの、現在も構音障害、記憶力・集中力の低下、易疲労性などが継続している。従来の業務(例:長時間のPC作業および会議対応など)を行うには認知機能・体力面で著しい支障があり、再出血リスクを考慮しても、現時点では労務遂行は困難と判断される。今後も一定期間の療養およびリハビリテーションが必要。</p>				
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:心臓ペースメーカー カ:人工透析 キ:その他()				
うえのとおり相違ありません					
医療機関所在地	〒 123 - 4567 令和 7 年 5 月 20 日				
医療機関名称	東京都〇〇〇△△△1-2-3 医療法人〇〇〇〇〇〇病院				
医師氏名	〇〇 〇〇 印				
Tel	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				

先付けの証明は受付できません。
【例】労務不能期間：3月1日～3月31日⇒証明日4月1日以降

医療機関の所在地、医療機関名称はゴム印が押印されていること

医師の印については、省略可

※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	1 - 12345	② 被保険者氏名	健保 太郎
③ 現在加入されている健康保険	(スタンレー電気) 健康保険 全国健康保険協会 () 支部 (被保険者・被扶養者) 国民健康保険 () 市区町村 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 7 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 年 4 月 30 日 (診療実日数 5 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	<input type="checkbox"/> 受給手続き中 <input type="checkbox"/> 給付を受けた 令和 年 月 日~令和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 給付の申請はしていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受給手続き中 <input type="checkbox"/> 給付を受けた 令和 年 月 日~令和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 給付の申請はしていない		
⑧ 受診状況	<input type="checkbox"/> 毎日受診している <input checked="" type="checkbox"/> 週に (1) 日受診している <input type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 時々服用している⇒理由: <input type="checkbox"/> 服用していない ⇒理由: <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 日常生活が普通にできた <input type="checkbox"/> 時々散歩する程度で、ほとんど家で過ごしていた <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできたが、一日中家にいた <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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☑)	<input type="checkbox"/> 読書をする <input type="checkbox"/> 手紙・日記などを書く <input checked="" type="checkbox"/> テレビなどを見る <input type="checkbox"/> 談話をする <input type="checkbox"/> 買い物に出かける <input type="checkbox"/> 散歩⇒ 1日 回 分程度 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 継続して治療が必要で就労はできない <input type="checkbox"/> 症状は軽快しているが、しばらく経過観察が必要 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から就労可能 <input type="checkbox"/> 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)	少し動いただけで頭が重くなり、ふらつきや疲労感が強く出ます。長時間立っていることができず、身体を動かす作業をするとすぐに息が上がリ、休息が必要になります。集中力が続かず、細かい部品の取り扱いや工程の手順を覚えることが困難です。		
⑭ 医師から指示された療養上の注意事項	・頭部への強い刺激や過度な運動は避けること ・再出血防止のため、安静を保ち、血圧管理を継続すること ・定期的に通院し、経過観察とリハビリを継続すること		
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	薬名:ロキソニン(市販薬) 服用状況:発熱および頭痛のため、4月1日~4月30日まで1日2回服用。		

①在職時の被保険者証の記号と番号をご記入ください。※枝番は記入不要です。

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	1	-	12345	② 被保険者氏名	健保 太郎
-------------------	---	---	-------	----------	-------

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「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)

【ご提出いただく領収書(写)について】
傷病手当金を請求する期間中に受診した、**請求傷病に関係のある医療機関の領収書(写)**をご提出ください。
※関係のない医療機関の領収書(写)は提出不要です。

※ここに必要書類のコピーをホチキス

調剤薬局の領収書 (写)

病院の領収書 (写)

① 在職時の被保険者証の記号と番号をご記入ください。※枝番は記入不要です。