

記入例

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第 1 回)

		平成 ○○年 ○月 ○日 提出	
被 保 険 者 (請 求 者)	被保険者証の 記号・番号	123-4567	〇〇薬品工業株式会社
	被保険者の氏名と印	健保 太郎 健保	所属・電話番号 TEL △△部〇〇課 999(9999)9999
	住所 電話番号	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1 999 (9999) 9999	
	傷病名	医師の診断による病名を記入ください。	発病又は 負傷の年月日 平成 21年 2 月 3 日
	発病の状態又は 負傷の原因を詳しく	自宅階段で足を踏みはずし転倒 したため	交通事故など相手の行為による 傷病ですか (はいの場合、別途届出が必要です) いいえ ・はい
		傷病欠勤で休んだ日から記入ください。 待期の3日間が有給休暇等の場合は、 その日にちから記入してください。	業務上の傷病ですか いいえ ・はい 通勤途上の傷病ですか いいえ ・はい
病気またはけがの ため休んだ期間	平成 21年 2 月 3 日 から 平成 21年 3 月 13 日まで	39日間 暦日を記入してください。 休んだ期間で出勤または有給休暇等がある 場合、その日にちを記入ください。	
上記に記載した期間に報 酬を受けましたか。又は、 受けられますか。	受けた ・受けない 受けられる・受けられない	報酬の支払を受けた (受けられる)ときはその 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
障害厚生年金又は障害手当 金を受給していますか (受給している場合は、年金額 を証明するものを添付のこと)	いいえ ・請求中・はい	年金 年 月 日から 年金 年 月 日まで 同一の傷病について障害厚生年金、障害手当金を受けること となったときは、傷病手当金を支給しません。ただし、障害厚生 年金・障害手当金の合計額の360分の1が傷病手当金の日額 より低い場合は、その差額を支給します。	
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 (受給している場合は、年金額 を証明するものを添付)	いいえ ・請求中・はい	年金 年 月 日から 年金 年 月 日まで 退職後に傷病手当金の継続給付を受けている人が老齢厚生 年金の受給者になったときは、傷病手当金は支給しません。 ただし、年金額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合 は、その差額を支給します。	
入 入 る と こ ろ	入院したとき 病院診療所の 名称・所在地	〇〇外科病院	
		△△市〇〇区××町1-1	
	入院期間	平成 21年 2 月 3 日 から 平成 21年 2 月 28 日 まで	26日間
受 取 委 任 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です)		請求者印・受取委任印は、同 じ印鑑を押印してください。
	平成 ○○年 ○月 ○日	被保険者(請求者)氏名 健保 太郎 健保	

武田薬品健康保険組合

◎武田薬品の方は、本社CBCPA部人事Gへ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。
◎任意継続・継続給付の方は、「日常生活療養状況申立書」と初回申請時に「同意書」の提出をお願いします。

記号 番号	123 — 4567	被保険者 氏名	健保 太郎
----------	------------	------------	-------

こちらに記号番号と氏名
を記入してください。

傷病欠勤で休んだ日から記入ください。
待期の3日間が有給休暇等の場合は、
その日にちから記入してください。

事業主が記入するところ	傷病により労務不能となった期間	平成 21 年 2 月 3 日から 平成 21 年 3 月 13 日まで 39 日間																																																													
	上記期間中に報酬を支給したとき (支給すべきものであること)	平成 21 年 2 月 3 日から 平成 21 年 2 月 5 日まで 3 日間																																																													
	下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。 欠勤・休職等は×、出勤は○、有給休暇(年休・特休等)は△、休日(会社が休みの日)は休で表示してください。																																																														
	21年 2月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><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><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>×</td><td>休</td><td>休</td><td>×</td><td>×</td><td>休</td><td>×</td><td>×</td><td>休</td><td>休</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>休</td><td>休</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>休</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	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			△	△	△	×	休	休	×	×	休	×	×	休	休	×	×	×	×	×	休	休	×	×	×	×	×	休		
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																																	
		△	△	△	×	休	休	×	×	休	×	×	休	休	×	×	×	×	×	休	休	×	×	×	×	×	休																																				
21年 3月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><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><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td>休</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>休</td><td>休</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></td><td></td></tr> </table>	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	休	×	×	×	×	×	休	休	×	×	×	×	×																		
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																																	
休	×	×	×	×	×	休	休	×	×	×	×	×																																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 事業主の所在地 名 称 氏 名 電話 ()																																																															

勤怠状況および報酬の支払いに関し、事業主の証明が必要です。

印

療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷 病 名	頭部裂傷 腰部骨折		
	発病又は負傷の年月日	平成 21 年 2 月 3 日	療養の給付を開始した年月日	平成 21 年 2 月 3 日
	発病又は負傷の原因	自宅階段で足を踏みはずし転倒したため		
	労務不能と認めた期間	平成 21 年 2 月 3 日から 平成 21 年 3 月 13 日まで	39日間	
	上記期間中に入院した期間がある場合	平成 21 年 2 月 3 日から 平成 21 年 2 月 28 日まで	26日間	
	*受診日に○をしてください。			
	傷病の主状態及び経過概要			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話 ()				

療養に関し、医師の意見と証明が必要です。

印

<事業主の方へ>

1. 被保険者の資格喪失後の期間については事業主の証明は必要ありません。
2. 印は代表者印を押してください。又事業主欄の訂正箇所には事業主の印を押印してください。

<医療機関の方へ>

1. 労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
2. 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。
3. 上記医師意見書欄と同一様式であれば、診断書作成システム傷病手当金請求書の添付(医師印鑑が必要)でも結構です。