1枚目 （2枚1組）　健康保険

傷病手当金請求書

①（第　1　回目）

記入例

◎**傷病手当金の支給目的**　傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付（医療機関での治療・投薬等）を行い、療養に専念した上で労働力を早期に回復することが主な目的であるため、「**療養の給付をなすこと**」が必要です。

正しい療養とは　1. 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する
2. 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する等

（訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません）

被保険者が記入すること	② 被保険者等記号・番号	記号　番号 XXX－XXXX	③ 被保険者（請求者）の氏名・生年月日	（フリガナ）ジョウホウ　タロウ 情報　太郎 (昭)・平・令　XX 年 XX 月 XX 日
	④ 被保険者（請求者）の現住所	〒 X X X ー X X X X 千代田区〇〇〇１－１－101		日中連絡のとれる電話番号 自宅 XX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX
	⑤ 事業所名称	㈱ 〇〇〇〇	⑥ 傷病名	腸炎
	⑦ 被保険者資格取得年月日	昭・(平)・令　X年　X月　X日	⑧ 仕事の内容（具体的に）	システムエンジニア
	⑨ 他人の行為による負傷ですか	はい　・　(いいえ)	⑩ 発病または負傷の原因	日常生活のストレス
	⑪ 発病または負傷年月日	昭・平・(令) X年　3月　12日		
	⑫ 療養のために休んだ期間（請求期間）	令和　XX 年　3 月　12 日から　令和　XX 年　3 月　20 日まで　9 日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日（　　）を除く		
	⑬ 請求期間中(⑫)の病状等	請求期間中（⑫）の病状を詳しく記入してください 3/12早朝、自宅で激しい腹痛があり病院へ行ったところ腸炎と診断され、即日入院となる。入院中は検査・点滴治療を受け絶食状態で安静にしていた。退院後は食事制限を徐々に戻し自宅で安静にしていた。 医師からの治療に関する指示内容 食生活に注意し薬を1日2回服用するように言われた。退院後は3/22に受診するよう指示された。		
	⑭ ⑫に記入した期間分の報酬を支給されましたか。または今後支給されますか。	(はい)・いいえ	⑮ ⑭で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和 XX 年　10 月　1 日から 令和 XX 年　3 月　31日まで 124,000 円
	⑯ 労災保険から休業補償を受けている期間の請求ですか。	はい　・　労災申請中　・(いいえ)	⑰ ⑯で「はい」または「労災申請中」と答えた場合、申請先の労働基準監督署名	労働基準監督署
	⑱ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について	受給中　・　請求中　(・無し)	年金番号	傷病名 / 年額 円
	⑲ 〔資格を喪失している方のみ〕「老齢年金」について	受給中　・　請求中　・無し	年金番号	年額 円
	⑳ 照会に関する同意欄 ※右記に☑を記入	☑ 私は、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、東京都情報サービス産業健康保険組合が医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。		

給付金振込先選択欄　**※希望する振込先に☑をご記入ください**

☑ **会社振込**　私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。

☐ **個人(請求者)口座**　被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

（12桁）

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通・当座
金融機関コード		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は５ケタの通帳記号)	
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は８ケタの通帳番号)		フリガナ 口座名義	

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

2枚目（2枚1組） **傷病手当金請求書**　　**必ず2枚1組で組合へ提出して**　**記入例**

※出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。1回目（必須）・2回目以降でも賃金を支給したときは必ず添付してください。

（訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません）

事業主が証明するところ

Ⓐ 労務に服さなかった期間	令和　XX年　3月　12日から　令和　XX年　3月　20日まで　9日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日（　　）を除く
Ⓑ Ⓐの期間に対し賃金を支給しましたか、または今後支給しますか。	(はい)・いいえ →「はい」の場合はⒹを記入
Ⓒ 給与と勤怠の締日、支給日と控除日	給与　締日　末日　支給日　(当月)・翌月）25日 勤怠　締日　末日　控除日　(当月・(翌月)）25日

Ⓓ 報酬記入欄

報酬の名称	支給対象期間	支給日	支給額
有給休暇	3月　12日から　3月　14日	3/25	36,000円
住宅手当	3月　1日から　3月　31日	3/25	20,000円
	月　日から　月　日	／	円
交通費 ※欠勤分が未精算のときに記入	10月　1日から　3月　31日	9/25	68,000円

Ⓔ その他

復職状況	☑（3月21日)に復職 ☐ 未復職
〔備考〕	

支給・控除額の算出式	(基本給＋職能給)　÷　21　×　4日(欠勤日数)

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　XX年　5月　1日

事業主　Ⓕ　事業所所在地　〒 XXX−XXXX
および名称　中野区〇〇〇1−22−3
株式会社　〇〇〇〇

Ⓖ 事業主氏名　代表取締役　中野　〇〇
連絡先　XX（　XXXX　）XXXX

※〔療養を担当した医師へのお願い〕Ⓛ「労務不能と認めた期間」およびⓈの証明年月日は未来日付で記入をしないでください。

（訂正がある場合は療養を担当した医師が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。療養を担当した医師以外の訂正は認められません）

療養を担当した医師が意見を書くところ

Ⓗ 患者氏名	情報　太郎	Ⓘ 発病または負傷年月日	昭・(平)・令　X年　3月　12日
Ⓙ 傷病名	腸炎	Ⓚ「療養の給付」開始年月日（貴院での初診日）	(平)・令　X年　3月　12日
Ⓛ 労務不能と認めた期間	令和　XX年　3月　12日から　令和　XX年　3月　20日まで　9日間		
Ⓜ Ⓛの期間中の入院期間	3月　12日から　3月　16日まで　5日間入院	Ⓝ 発病または負傷の原因	日常生活のストレス

Ⓞ Ⓛの期間中の受診日（○で囲む）

H XX年　3月	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	計	6 日
年　月	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	計	日

Ⓟ Ⓛの期間中の投薬状況と通院指導の有無

投薬の有無	投薬状況		通院指導の有無	通院指導「無」の理由
(あり)・無し	3月　16日（　7日分）	月　日（　日分）	あり　(無し) 通院指導(　週／　回)	入院加療により症状が軽快したため
→「あり」の場合は右の「投薬状況」を記入	月　日（　日分）	月　日（　日分）	→「無し」の場合は右欄へその理由を記入	

Ⓠ 療養の指示等

■Ⓛの期間中に行った療養の指示内容・経過概要（検査・手術を行ったときはその内容も記入）

手術年月日	年　月　日
退院年月日	年　月　日

3/12超音波検査で腸から出血を認めた。
点滴及び絶食とし3/16退院後の食生活について指導。

■Ⓛ「労務不能と認めた期間」の診察から、従来の職種を労務不能と認められた医学的な所見

点滴及び絶食状態にて安静を要したため入院加療とした。
退院後は徐々に食生活を平常に戻すよう指導し、自宅安静が必要と判断した。

Ⓡ 人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器等の装着日	昭・平・令　年　月　日	人工臓器等の種類（○で囲む） 人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工透析 心臓ペースメーカー・その他（　　）

上記のとおり相違ありません。　　Ⓢ 令和　XX年　4月　30日

医療機関　Ⓣ　住所（所在地）　〒 XXX−XXXX
名称　千代田区〇〇〇5−6−7
〇〇〇病院

Ⓤ 医師氏名　飯田　〇〇　　連絡先　XX（　XXXX　）XXXX

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。