

※支給決定日				支給決定日 令和 年 月 日			
支給期間	自 令和 年 月 日	日間	標準報酬月額	円			
	至 令和 年 月 日		標準報酬日額	円			
算定式	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担当	
支給額	円						

## 健康保険 傷病手当金請求書

(令和 年 月分 第 回目)

令和 年 月 日提出 ※この請求書は1ヶ月単位で作成し請求してください。(1枚目 / 全2枚)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	フリガナ	生年月日 (才)	記号	番号		
	氏名 ㊞	昭和 平成 令和 年 月 日	個人番号(被保険者証の記号番号の記載がある場合は不要)			
	なお、在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。					
	資格取得年月日 平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日 平成・令和 年 月 日	勤務先(会社名・部署名)			
	被保険者住所		電話番号 ( )			
	〒		電話番号 ( )			
	傷病名 外傷性疾病で第1回目請求の場合は負傷原因届を添付	発症又は負傷の原因	発症又は負傷の年月日 平成 令和 年 月 日	交通事故・けんか等によるものですか いいえ・はい		
	疾病または負傷の療養をするために休んだ期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		左記の期間のうちの入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	療養の状況(療養の状況について詳しく具体的に記入してください) 毎日どのように過ごしているか・身体の調子・症状・状態・具合など					
	.....					
.....						
年金受給の有無 ※	年金の受給を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		受給している年金は <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金			平成・令和 年 月から受給 年金額 円
※年金を受けられるようになった場合、あるいは受給中の場合は、年金証書の写しや直近の年金を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。						
労災給付	労災の休業補償の受給を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない					

### ※資格喪失後の継続給付の請求である場合は、必ずご記入下さい。

無職無収入証明	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで 日間 無職無収入でありました。		
	被保険者 住所 令和 年 月 日		
振込先口座	氏名 ㊞		
	銀行 信用金庫 信用組合	支店	
	支店番号	普通	預金番号(右づめ)
名義人(フリガナ)			

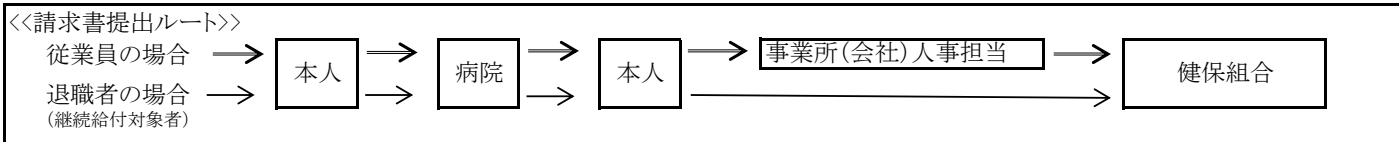
医師の意見	傷病名	発症負傷の年月日		療養の給付を開始した年月日	
	発症負傷の原因	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日
	労務不能と認めた期間	令和	年 月 日 ~	年 月 日	日間
	上記期間に入院期間があるとき	令和	年 月 日 ~	年 月 日	日間
	傷病の主症状及び経過概要(労務不能と認めた意見等)		記載のとおり相違ありません。 医療機関名称・所在地・TEL・医師名 令和 年 月 日		
引き続き休業を 約 間 要する ・ 要しない		印			

※第1回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付して下さい。

事業主の証明	勤怠状況 欠勤日は× 出勤日は○ 有給休暇は△ を記入してください。全欠勤の場合は横線で消してください。																															
	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
	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
	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
	請求月計	出勤	日	有給	日	その他	日	記載のとおり相違ないことを証明します。																								事業所 担当印
	労務に服さなかった期間						令和 年 月 日																									
	上記期間中の分として支給した または支払う予定の報酬額						事業主(受取代理人)の 所在地																									
休復職状況	年 月 日より 【 休 職 発 令 日 】						名称																									
	年 月 日より 【 復 職 ・ 復 職 予 定 】						氏名																									
	年 月 日付で 【 退 社 ・ 退 社 予 定 】						印																									

エイチ・アイ・エス健康保険組合

受付日付印



<<請求者の方への注意事項>>

- ◆【傷病手当金請求書】の被保険者が記入するところを記入し、医師の意見を受けて、勤務先の人事担当部署に提出してください。  
※申請書は1カ月分ごとに1枚使用して下さい。(月をまたいでの請求はしないで下さい。)
- ◆今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の免責期間(支給されない期間)があります。[免責期間の有休可]
- ◆書類に記入もれがある場合 ・ 書面内容に調査(医師への照会等)が必要な場合は、支給日が遅れる場合がありますのでご了承下さい。  
なお、お電話等で支給金額等の照会はお断りさせて頂いております。支給決定通知書(支給日前後に届きます)にてご確認下さい。
- ◆書面内容によっては、別途必要書類の提出を求める場合があります。また、健康保険組合では支給可否の審査を行いますので疑義があれば直接請求者をお訪ねし、療養状況を伺うことがあります。

**\*問合せ先\***  
**エイチ・アイ・エス健康保険組合**  
 〒160-0023東京都新宿区西新宿6-2-18 SKビル9階  
 TEL03-6872-5511 FAX03-6872-5512

# 療養状況・日常生活状況 報告書

(令和 年 月分)

◆傷病手当金請求書と合わせて毎月提出ください。

氏名 <small>フリガナ</small>  ⑩  下記のとおり療養状況を報告します。	勤務先(会社名・部署名)	記号	番号
現住所 〒		TEL	
療養するまでの仕事内容(詳しく)		労働の程度 重労働 ・ 中労働 ・ 軽労働	
就労できなかった主な理由 1. 医師から働くことをとめられていたから 2. 体力に自信がないから 3. 働く意欲がないから 4. その他(具体的に記入)			
通院の状況 1. 毎日行く    2. _____日おきに行く    3. 1ヶ月に1回行く ( 医師の指示 ・ その他 )    4. _____ヶ月に_____回行く 5. 入院_____日から_____日まで    6. その他(具体的に記入)			
どういう体の調子ですか(自覚症状など)			
初診時とくらべてどう変化しましたか			
医師から療養についてどのような注意を受けていますか			
日常生活の状況(どのように過ごしていましたか) 1. 1日中横になっている    2. 1日( )時間横になっている 3. 家の軽い仕事をする    4. その他(具体的に記入)			
いつごろから仕事に就くことができそうですか 1. 令和_____年_____月頃 ( _____月_____日 より就労予定 ) 2. 見通しがたたないときはその理由			

※この報告書は1ヶ月単位で作成し提出してください。

※なるべくわかりやすくご記入ください(不明な点がありますと、健保からお話を聞きに伺う場合もあります)

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合