

※支給決定伺				支給決定日 令和 年 月 日			
支給期間	自 令和 年 月 日			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			

毎月申請要

健康保険 傷病手当金請求書

(令和 〇〇 年 4 月分 第 1 回目)

記入例

令和 〇〇 年 5 月 10 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 ケンボ タロウ	生年月日 (〇〇 才)	記号 〇〇	番号 〇〇〇
	氏名 健保 太郎	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 令和	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 〇〇 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 平成 令和 年 月 日	勤務先(会社名・部署名) 株式会社×××× ××部 ××課 電話番号 〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
	被保険者住所 〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号 電話番号 〇〇(〇〇)〇〇〇〇			
	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 大腿骨骨折	発症又は負傷の原因 自転車で転倒	発症又は負傷の年月日 平成 令和 〇〇 年 〇 月 〇 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 〇〇 年 4 月 5 日から 26 日間 令和 〇〇 年 4 月 30 日まで		左記の期間のうちの入院期間 令和 〇〇 年 4 月 5 日から 26 日間 令和 〇〇 年 4 月 30 日まで	
	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 家の近くで自転車に乗っているときにバランスを崩して転倒し、受傷した。激痛が走り動けなくなった。 そのまま救急車で運ばれて入院することになり、安静にするようにとの事でギプスで固定。 ベッドから動けなく痛みも軽減せず。			
	年金受給の有無 ※	年金の受給を ☐ している ☒ していない 受給している年金は ☐ 障害年金 ☐ 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 ☐ している ☒ 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。	年 月 日
	被保険者 住所 氏名	
振込 先口座	退職者以外の方は、記入しないで下さい。 退職者の方(継続給付対象者)は記入して下さい。	
	支店番号	支店
	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 年 月 日 令和		平成 年 月 日 令和		
	労務不能と認め	日間		左記期間診療実日数		
	上記期間に入院	日間		日		
	傷病の主症状及び	せん。 名 令和 年 月 日				
引き続き休業を 約 間 要する ・ 要しない						

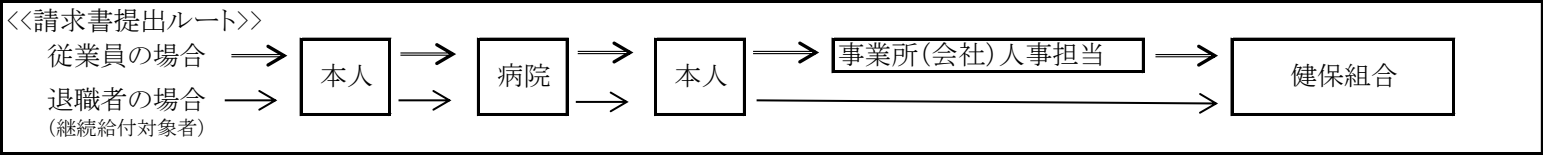
この欄は医師に記入してもらって下さい。
なるべく詳しく記入してもらって下さい。

※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	月 日																													
	労務に服さなか	月 日																														
	年	事業所(所属している会社) 記入欄																														
上記期間	事業所(所属している会社) 記入欄																															
または	事業所(所属している会社) 記入欄																															
休復職状況	年 月 日より 【 復 職 ・ 復職予定 】 氏名																															
	年 月 日付で 【 退 社 ・ 退社予定 】																															

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6-18 SKビル9階

TEL03-6872-5511 FAX03-6872-5512

傷病手当金請求書
に添付して
毎月提出

療養状況・日常生活状況 報告書
(令和 〇 年 4 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 健保 太郎 下記のとおりに療養状況を報告します。	勤務先(会社名・部署名) 株式会社×××× ××部××課	記号 〇〇	番号 〇〇〇
現住所 〒 123-4567 TEL 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号			
療養するまでの仕事内容(詳しく) 営業職(外回り・内勤・事務職)		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) ご自身の体の調子をありのままご記入下さい。			
初診時とくらべてどう変化しましたか ご自身の状況・変化をありのままご記入下さい。			
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 医師からの注意されている点をありのままご記入下さい。			
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 〇× 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(不明な点があると、健保からお話を聞きに伺う場合もあります)

受付日付印