

① 健康保険 傷病手当金請求書  
(傷病手当金付加金 延長傷病手当金付加金)

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名	所 属	
	1111	1234567	健保 太郎	K A I T E K I 健康社	
	年金受給の有無 <b>3</b> 請求中「または」「受給有」の方は年金種別を、障害年金は傷病名も記載してください。 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給有 年金種別: 老齢基礎・厚生 年金 傷病名:				
	基礎年金番号 (請求中・受給有 の場合)		1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0	年金コード (受給有の場合のみ) 1 1 5 0	
	病気やケガの原因について記載してください。		①原因が不明な場合は「不明」と記載してください。 ②自分以外の第三者が関わっていますか(被害事故等)、あるいは③自		いずれかにレ点印をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> ① ②と③のどちらとも該当しない(不明な場合含む) <input type="checkbox"/> ② 第三者が関わっている <input type="checkbox"/> ③ 自損事故である
	労働災害(業務災害・通勤災害)によるものですか。		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <b>4</b> <input type="checkbox"/> はい ⇒ 傷病手当金の請求はできません。事業所ご担当者までお問い合わせください。		
振込口座 <b>5</b>		① 退職者の方(任意継続被保険者は除く)はご本人名義の口座 ② 被保険者がお亡くなりになった場合は相続人の方の名義の口座			
① 退職年月日: 令和 年 月 日		② 死亡年月日: 令和 年 月 日			
銀行名	銀行	コード		口座名義人	
支店名	支店	コード		カナ <b>6</b>	
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		漢字	

※注意: 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です **7** 記号番号の記載があれば不要です  
被保険者のマイナンバー記載欄

【提出先】  
 記号 1000・1001・8173の方..... 最寄りの所管人事担当  
 記号 820の方 および 退職後の方..... 三菱ケミカル健康保険組合  
 〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル  
 記号が上記以外の方..... 各事業所の健保担当  
**※退職後に、在職中の期間を含む申請を行う場合は、在職時の記号の提出先へ送付ください。**

【注意事項】  
 初回(1回目)の請求は「医師が労務不能と認めた最初の日(公休日・年休取得日も含む)」から「その月の末日まで、または翌月の末日まで」の期間  
 について、医師から証明をもらってください。また、2回目以降の請求は請求書1枚に対して、1ヶ月(1日～末日)単位で医師に証明をもらってください。

患者氏名	健保 太郎		
傷病名	(1) 消化性潰瘍	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 3年 11月 10日
	(2)		(2) 令和 年 月 日
	(3)		(3) 令和 年 月 日
発病または負傷の年月日	令和 3年 11月 10日	発病または負傷の原因	不詳
労務不能と認められた期間	令和 3年 11月 10日から 令和 3年 11月 30日まで (21) 日間		
うち入院期間	令和 3年 11月 10日から 令和 3年 11月 11日まで (2) 日間	手術年月日 令和 年 月 日	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
労務不能期間該当月	診療実日数	労務不能日に「=」(二重線)、診療日に「○印」を付けてください。	
令和 3年 11月	3 日間	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	
令和 年 月	日間	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	
「労務不能と認められた期間」中における「主たる症状および経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」など(詳しく)			
潰瘍より出血が見られ内視鏡的止血術を行った。その後、内科的治療を継続し投薬治療を行った。			
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			
激しい腹痛と貧血の訴えを受け、当院にて検査を実施。潰瘍を認めた為、入院にて投薬治療とした。その後経過は良好であり退院となったが、自宅療養が必要であった。			
各診療月に「診療実日数が0日」の月がある場合、診察なしで療養のため労務不能と認められた所見を詳しくご記入願います。			
<b>10</b>			
上記の通り相違ありません。 <b>11</b> 令和 3年 12月 10日			
医療機関の所在地	東京都〇△市〇×1-1-x		
医療機関の名称	社会医療法人社団〇×会〇×病院		
医師の氏名	東京 太郎	電話	03 (〇〇××) 〇〇××

申請上の注意点

- 病手当金請求書は2ページあります。漏れなく正確に記入してください。
- 「被保険者の記入欄」には被保険者ご自身が記入してください。被保険者が亡くなった場合は相続人の方が記入してください。
- 年金を受給されている方は併給調整の可能性がありますので、受給額のわかる書類を請求の都度、添付してください。受給されていない方は「受給なし」を○で囲んでください。後日、受給が判明した場合は遡及して精算となりますのでご注意ください。
- 「第三者行為」や「労働災害」による傷病は、原則 傷病手当金の支給対象外です。
- 退職して任意継続にご加入がない場合は、ご本人名義の口座情報を記入してください。被保険者がお亡くなりになった場合は、相続人の方の口座情報を記入してください。
- 被保険者がお亡くなりになった後に請求する場合は、口座名義人欄に相続人名を記載してください。
- 記号・番号の記載があればマイナンバーの記載は不要です。

「医療機関の記入欄」は担当医師に依頼してください。  
 被保険者の記入欄・医療機関の記入欄への記入が完了次第、請求書を提出してください。

提出先等は、左記および請求書を印刷する際の1枚目もご確認ください。

- 「医療機関の記入欄」は担当医師に依頼してください。
- 担当医師が労務不能と認めることができる期間は、「初診日」から「証明をした日」までの期間です。公休日、有給休暇取得日等を問わず、労務不能と認めた日全てを記入してください。
- 労務不能期間該当月に「診療実日数が0日」の月がある場合は、診療せず労務不能と認められた所見を医師に詳しく記載していただいでください。
- 「医療機関の記入欄」の証明年月日も忘れずに記入してください。

被保険者の記入欄・医療機関の記入欄への記入が完了次第、請求書を提出してください。

傷病手当金の請求においては、提出された医師の意見に基づき、当組合が厳正な審査の上、支給可否を決定します。請求内容によっては追加書類を求める場合があります。審査に時間を要することがあります。  
 また、傷病手当金は健康保険法により療養のため労務に服することができないときに支給するものと規定されています。  
 従って正当な理由なく医師の指示に従わない等の場合は、「療養」している状態とはみなされず、給付制限の対象となります。必ず適切な治療を受けてください。

被保険者氏名	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">12</span>		
勤務状況	【公休は○】で、【有給(※半休含む)は□】で、【欠勤は=】で、【一部出勤日は×】で、【出勤は無印】でそれぞれ表示してください。 ※半休、または一部出勤した日で印を付けた場合は、1日のうちの状況を備考に記載してください。		
	令和3年11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	全欠 <input type="checkbox"/>
令和 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 <input type="checkbox"/>		
労務に服することができなかった期間	自: 令和3年11月11日 (20) 日間	報酬不支給期間	至: 令和3年11月30日 (20) 日間
報酬不支給期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他( )
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。			
事業主の記入欄	期間	令和3年11月分	令和 年 月分
	区分	支 給 額	支 給 額
	通勤費(電車定期)	12,540 円	円
	ライフプラン手当	10,000 円	円
	家賃補助	60,000 円	円
		円	円
		円	円
【備考】	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">18</span> 令和3年11月10日は午前出勤、午後半休。		
上記の通り相違ないことを証明します。	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">19</span> 令和 3年 12月 20日		
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			

⑫ 必ず誰の勤怠の証明かわかるように、被保険者氏名を記入してください。

⑬ 医師が労務不能と認めた期間の勤務状況について記入してください。

⑭ 「労務に服することができなかった期間」には公休日、有給休暇取得日含めて記載してください。一部出勤日は含めないでください。(⑳備考内容 参照)

⑮ 日給者か日給月給者かチェックをしてください。時給者の場合はその他に記入してください。

⑯ 報酬不支給期間に手当等を支給している場合は「はい」にチェックをしてください。

⑰ 欠勤しても控除されない手当や、精算をしない通勤交通費等があればこちらに記入してください。支給額は原則、月額をご記入ください。手当毎に30で除した金額を日額として併給調整を行います。日額で記載の場合は必ず区分欄に(日額)とご記入ください。

⑱ 「備考欄」には勤務状況の詳細などを記載してください。

⑲ 証明日の記入を忘れないようにしてください。

健康保険組合の記入欄	報酬月額	報酬日額	傷病手当金 支給開始日		支給満了日	
	円	円	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	区 分		日 数	支 給 期 間		支 給 金 額
	傷 病 手 当 金		日	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	円
	傷 病 手 当 金 付 加 金		日	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	円
	延 長 傷 病 手 当 金 付 加 金		日	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	円
	不支給日数	日	備考			
減額日数	日					

／ 受付年月日 \

事業所	
-----	--

健保組合	
------	--