

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					
	年金受給の有無 (レ点印を付けてください)		「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 type="checkbox"/> 受給有 年金種別: 年金 傷病名:									
	基礎年金番号 (請求中・受給有 の場合)			—				年金コード (受給有の場合のみ)				
	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自損事故ですか。			いずれかにレ点印をつけてください。 <input 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 type="checkbox"/> いいえ <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 ①②に該当する方は必ず記載してください。			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					
	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。  
被保険者のマイナンバー記載欄

記号番号の記載があれば不要です

【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

医 療 機 関 の 記 入 欄	患者氏名											
	傷病名	(1)					療養の給付	(1) 令和 年 月 日				
		(2)					開始年月日	(2) 令和 年 月 日				
		(3)					(初診日)	(3) 令和 年 月 日				
	発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病・負傷 <input type="checkbox"/> 不詳	発病または 負傷の原因		※不明の場合は「不詳」または「不明」とご記入ください。						
	→ 労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日									
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	手術年月日	令和 年 月 日	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input 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 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										
	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)												
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												
各診療月に「診療実日数が0日」の月がある場合、診療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。												
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日												
医療機関の所在地												
医療機関の名称												
医師の氏名 電話 ( )												

被保険者氏名																																																							
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	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	全欠																						
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	全欠																						
労務に服することができなかった期間		自:令和		年	月	日	報酬不支給期間		自:令和		年	月	日	至:令和		年	月	日																																					
報酬不支給期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		□はい		□いいえ		給与の種類		□日給月給		□日給		□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	区分	期間	令和	年	月	分	令和	年	月	分																																													
	通勤費		支給額			円	支給額			円																																													
						円				円																																													
						円				円																																													
						円				円																																													
						円				円																																													
【備考】																																																							
上記の通り相違ないことを証明します。																											令和			年	月	日																							
事業所所在地																																																							
事業所名称																																																							
事業主氏名																																																							

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											

04.04

(2/2ページ)

／ 受付年月日 \

事業所	
-----	--

健保組合	
------	--