



健保確認欄	
医レセ	調レセ

支給金額	円	支給	支給	支給	支給	支給	支給
傷病手当金	円	事務	事務	事務	事務	事務	事務
傷病手当金 付加金	円	資格取得	年 月 日				
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	資格喪失	年 月 日				
支給日数	日間	前回の 支給期間	年 月 日から 年 月 日まで				
標準月額	, 0 0 0 円	始 期	年 月 日				
		終 期	年 月 日				
		支給年月日	年 月 日				

大日本印刷健康保険組合 御中

傷病手当金（付加金）請求書（ 回目）

事業所 C	事務担当

☐ 「傷病手当金の手続きについて」の内容を確認しましたので、
下記の通り請求いたします

※数ヶ月分をまとめることなく原則 1 ヶ月単位で請求願います
※2 枚目に被保険者署名欄が 3 ヶ所あります
※記入漏れがある場合は返戻しますので、
記入漏れのないようにご注意ください

楷書で読みやすい字でご記入願います

社員番号（ ）

住 所

被保険者 氏 名

被
保
険
者
の
記
入
欄

被保険者証	記号	会社名		
	番号	部署名		
被保険者の 業 務 内 容	※詳しく記入			
傷 病 名	療養するために休んだ期間（請求期間）		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ 日間）	
発病または 負傷の原因	※明確な発病または負傷の原因がない場合に限り「不詳」とご記入ください。			
傷病による症状・医師の指導に基づく 請求期間の療養状況	【具体的な症状】 [【受診と治療の内容（☑をしてください）】 受診 [☐ あり ☐ なし 薬の処方 [☐ あり ☐ なし 【薬の処方がある場合】 ☐ 服用している ☐ 時々服用している（理由 ） ☐ 服用していない（理由 ） 【どのような療養指導を受けているか、具体的にご記入ください】 [初回時は、請求期間中の領収書、明細書のコピーを必ず提出してください。 2 回目以降の提出は任意となりますが、提出がない場合には、手続きに時間がかかる場合があります ＜提出するもの＞医療機関…領収書、領収明細書 薬局…領収書、調剤明細書もしくはお薬手帳のコピー ※「必要書類一覧」をご覧ください			
	業務上または通勤 途中の疾病・負傷 ですか	☐ はい ☐ いいえ	「はい」の場合→事業主に報告のうえ、労災保険の手続きをしてください （労災対象の場合は健康保険対象外です）	
第三者行為による ものですか	☐ はい ☐ いいえ	第三者（加害者）の行為（※1）に起因している場合、原則として医療費や 傷病手当金等は、健康保険ではなく被害者から加害者への請求となります		
年金について	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか ☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ 「はい」または「請求中」の場合、①、②にご回答ください			
	①受給している年金の種別 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金		②受給の要因となった傷病名	
	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか ☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ			
	●年金を受給されている方は、請求期間に応じた「年金支給額決定通知書」等のコピーを添付してください。			

※1 第三者の行為とは、交通事故、喧嘩や暴力行為による負傷、他人のペットによる負傷など、他人（第三者）によるケガや疾病をさします。

事業主の証明欄	記号番号（　　—　　）		被保険者氏名											
	労務に服さなかった期間		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで　_____日間											
	上記期間中の年休、欠勤、休職等の期間		有給休暇		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで_____日間									
			病休		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで_____日間									
			休職		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで_____日間									
			(　　　　　)		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで_____日間									
			(　　　　　)		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで_____日間									
	給与形態		□月給　□日給月給　□日給(　　円/日)　□時給(　　円/時)											
	労務に服さなかった期間（有給休暇を除く）の賃金支払状況をご記入ください。													
	支給した(する)賃金内訳	期間 区分		月額		支給額				支給額				
				月　日　～　月　日				月　日　～　月　日						
基本給		円		円				円						
通勤手当		円		円				円						
家族に関する手当		円		円				円						
手当		円		円				円						
手当		円		円				円						
手当		円		円				円						
手当		円		円				円						
現物給与		円		円				円						
計		円		円				円						
復職状況		□令和　年　月　日に復職（予定）　□未定												
上記のとおり相違ないことを証明します														
事業主所在地														
事業主名称														
事業主氏名														

委任状	私は事業主を代理人と定めこの傷病手当金の受領を委任します。										
	令和　年　月　日										
	代理人職氏名					被保険者氏名					

同意書											
健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、大日本印刷健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会に対して回答をすることおよび必要な資料を提供することについて同意いたします。											
※関係機関とは、前加入保険者、官公署、医療機関、年金事務所等をさします											
※本同意書の写しも有効とさせていただきます											
令和　年　月　日　被保険者　住所											
生年月日　昭和・平成　年　月　日											
氏名											

※楷書で読みやすい字でご記入願います。

医 師 の 証 明 欄	患 者 氏 名	生年月日 昭・平 年 月 日																																	
	傷 病 名	(1)																療養給付の	(1)昭和・平成・令和 年 月 日																
		(2)																開始年月日	(2)昭和・平成・令和 年 月 日																
		(3)																(初診日)	(3)昭和・平成・令和 年 月 日																
	発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	(1)昭和・平成・令和 年 月 日																発病または 負傷の原因																	
		(2)昭和・平成・令和 年 月 日																																	
		(3)昭和・平成・令和 年 月 日																																	
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令和 年 月 日から															左記期間中の 診療実日数	日間																	
		令和 年 月 日まで (日間)																																	
	診 療 実 日 数 0 日 の 場 合	※診療日数0日ですが、労務不能と判断された理由をご記入ください。																																	
	上 記 期 間 中 の 入 院 期 間		令和 年 月 日から令和 年 月 日 (日間)																																
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください	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																																
	<u>労務不能と 認めた期間 中</u> 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		通院指導状況														
				月 日 (日分)																															
あり ・ なし		月 日 (日分)															あり ・ なし		1 ヶ月に () 回																
		月 日 (日分)																																	
「なし」の場合の理由																	「なし」の場合の理由																		
<u>今回の労務不能期間中</u> の「主たる症状及び経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等（詳しく）		(傷病手当金の支給・不支給を判断するうえで大変重要になりますので、詳細にご記入ください)																																	
		症状及び経過																																	
		治療内容																																	
		前月の症状との比較																																	
症状の経過からみて、今回の期間に労務不能と認められた医学的所見		※患者が従事していた本来の業務と同等の業務が可能か否かをご考慮のうえ、患者の状態を検査結果・投薬状況および医学的所見などと合わせて詳しくご記入ください																																	
治 療 終 了 見 込 時 期 や 就 労 可 能 時 期 について	治療終了見込時期 令和 年 月頃 □現段階では未定															理由																			
	医学的見地から就労可能時期について 令和 年 月頃 □現段階では未定															理由																			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																			
医療機関所在地 医療機関名称 担当医師氏名 電話番号 ()																																			
※不正防止の観点から、医療機関所在地、名称等はゴム印を使用し、医療機関印・医師印を押印くださいますようお願い願います。																																			

傷病手当金請求書を記入する際の注意事項

《被保険者の方》

◎傷病手当金請求書記入例と下記の注意事項に従い漏れなくご記入ください。

◎添付書類については、5 枚目(R8.7 改定 傷一⑤)の「傷病手当金請求書に必要な書類一覧」を確認のうえ、請求書と一緒に事業所へご提出ください。



【記入上の注意事項】

- ① この注意事項を確認後、請求書1枚目の□に✓をいれてください。
- ② 請求回数を記入
- ③ 被保険者記号・番号
マイナポータルの「資格情報画面」または「資格情報のお知らせ」いずれかでご確認ください。
(「資格確認書」をお持ちの方は表面に記載があります)
※退職後に請求をする方は、在職時の記号と番号
※任意継続被保険者の方は、任意継続の記号と番号
- ④ 被保険者(請求者)の現住所
被保険者の現住所を記入
※本人死亡により権利承継者(法定相続人代表者)が請求するときは、権利承継者の住所
- ⑤ 被保険者(請求者)の氏名
被保険者の氏名を記入
※本人死亡により権利承継者が請求するときは、被保険者の氏名横に、カッコ書きで権利承継者の氏名・続柄を記入
- ⑥ 会社名
勤務している会社名・部署名を記入
※退職後に請求する方は在職時の会社名
※任意継続被保険者の方は、「任意継続」と記入
※在籍出向している方は、出向元の会社名・部署名を記入
- ⑦ 被保険者の業務内容
仕事の内容を具体的に詳しく記入(記入見本参照)
- ⑧ 療養のために休んだ期間(請求期間)
療養のため労務に服さなかった期間を、有休や公休日を含めて暦日で記入
- ⑨ 発病または負傷の原因
ケガのときは日時・場所・何をしていた時など具体的に記入。あわせて別途当組合 HP 掲載の「事故届(自損・単独事故)」を提出
- ⑩ 請求期間中の療養状況等
休んだ期間における症状や経過、医師からの指示内容を詳しく記入
- ⑪ 第三者行為によるものですか
交通事故や加害者のいるケガなどによる請求のため、「はい」に該当するときは別途「第三者行為による傷病届」を提出
- ⑫ 委任状(2枚目)
任意継続被保険者の方は不要。それ以外の方は必須
- ⑬ 照会に関する同意書(2枚目)
傷病手当金の支給可否を決定するための内容審査において、必要な場合は当組合から医療機関等へ直接文書照会等を行います。
※押印必須

【被保険者記入欄の記入訂正について】

・消せないボールペン等でご記入ください。

・訂正するときは、被保険者(請求者)が二重線を引き、正しい内容を記入し、訂正印を押してください。
修正液や修正テープを使つての訂正は認められません。

・被保険者(請求者)以外の訂正は認められません。

【添付書類について】

該当する方は請求書に正しく記入のうえ添付書類を必ず請求書と一緒に提出してください。

とくに、労災保険や障害年金・老齢年金等は、傷病手当金を受け取った後に該当していることが判明した場合、傷病手当金を返還いただくことになります。

当組合での資格取得年月日から 2年未満で休職を開始された方	・健康保険加入履歴申出書
労災保険の申請をした方	・労災不支給決定通知書のコピー
障害厚生(基礎)年金、 障害手当金、 老齢(退職)年金を 受給中・請求中の方	[受給中の方] ・各種年金の年金証書のコピー ・直近の支給額を証明する書類 [請求中の方] ・誓約書 ※年金額に変更があったときは、年金額改定通知書のコピー等を請求書に添付してください。

傷病手当金請求書に必要な書類一覧

●…必ず提出 ○…任意提出 □…事業主が用意するもの

(対象)全員	事業主が窓口				健保が窓口	
	在籍者 (初回)	在籍者 (2回目以降)	退職者 (初回)	退職者 (2回目以降)	任意継続 被保険者 (初回請求)	任意継続 被保険者 (2回目以降)
書類の種類	対象者ごとの必要書類					
傷病手当金請求書 ※3枚	●	●	●	●	●	●
タイムカード、出勤簿	□	★				
賃金台帳、給与明細可	□	★				
療養状況等報告書 (初回時)	●		●		●	
生活状況等報告書			●	●		●
診療費・薬剤費の領収書	●	○	●	●	●	○
診療明細書・調剤明細書 またはお薬手帳のコピー	●	○	●	●	●	○
雇用保険受給期間延長通知書 (コピー)			●	●	●	●

★2回目以降の申請で、請求期間中に出勤や給与の支払いがあった場合は、タイムカードや賃金台帳等の提出をお願いします。

以下に該当する場合	事業主が窓口				健保が窓口	
	在籍者 (初回)	在籍者 (2回目以降)	退職者 (初回)	退職者 (2回目以降)	任意継続 被保険者 (初回請求)	任意継続 被保険者 (2回目以降)
書類の種類	対象者ごとの必要書類					
(対象)年金受給者						
国民年金・厚生年金保険年金証書 (対象：障害年金)	●	●	●	●	●	●
国民年金・厚生年金保険年金証書 (対象：老齢厚生年金)			●	●	●	●
年金額改定通知書 ※毎回最新のもの (対象者：障害年金、老齢厚生年金)	●	●	●	●	●	●
誓約書 ※年金請求中の方	●	●	●	●	●	●
(対象)当健保の資格取得から2年未満で傷病手当金を請求される方						
健康保険加入履歴申出書	●		●		●	
(対象)外傷性の負傷						
事故届	●		●		●	
第三者行為による傷病届	●		●		●	

◎状況に応じて必要な書類を追加でご提出いただく場合もあります。

大日本印刷健康保険組合