



健保確認欄	
医レセ	調レセ

支給金額	円	支給	支給	支給	支給	議	書
傷病手当金	円	常務理事	事務長	事務課長	担当		
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ヵ月単位で請求願います ※2枚目に被保険者署名欄が3ヵ所あります ※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 東京都新宿区○○1-2-3 被保険者 氏 名 健保 組子					
被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証	記号	○○○	会社名	△△△△△
		番号	○○○○	部署名	□□□部 □□□課
	被保険者の 業 務 内 容	システムエンジニア（社内システムの構築および保守） ※詳しく記入			
	傷 病 名	左前腕部骨折	療養するために休んだ期間（請求期間）	令和○年 10 月 16 日から 令和○年 11 月 10 日まで（13 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。 令和○年 10 月 15 日夜、自宅階段で転倒し、骨折			
	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】 〔左腕の痛みと腫れが続いていた〕 【受診と治療の内容（☑をしてください）】 受診〔☑あり 薬の処方〔☑あり □なし □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 頓服として痛み止めたが処方。痛みが強いときに服用している） □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】 〔左腕をギプスで固定し、その後徐々にリハビリを開始〕 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 ※「必要な書類一覧」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等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。					

※楷書で読みやすい字でご記入願います。

事業主の証明欄	記号番号 (〇〇〇— 〇〇〇〇)		被保険者氏名 健保 組子	
	労務に服さなかった期間		令和 〇年 10 月 16 日 から 令和 〇年 11 月 10 日まで 26 日間	
	上記期間中の年休、 欠勤、休職等の期間	有 給 休 暇	令和 〇年 10 月 16 日 から 令和 〇年 10 月 18 日まで 3 日間	
		病 休	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間	
		休 職	令和 〇年 10 月 19 日 から 令和 〇年 11 月 10 日まで 23 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	月額	支 給 額
区分			10 月 19 日 ~ 10 月 31 日	11 月 1 日 ~ 11 月 10 日
基 本 給		300,000 円	0 円	0 円
通 勤 手 当		7,000 円	3,029 円	0 円
家族に関する手当		15,000 円	6,500 円	5,000 円
手 当		円		円
次世代育成手当、 介護手当など		円		円
手 当		円	円	円
現 物 給 与		0 円	円	円
計	322,000 円	9,529 円	5,000 円	
復 職 状 況		☒ 令和 年 11 月 11 日 復職 (予定) ☐ 未定		
令和 〇年 12 月 25 日				
上記のとおり相違ないことを証明します				
事業主所在地 東京都新宿区市谷加賀町 1-1-1		住宅（社宅や寮など）の貸与、食事、自社製品、通勤定期券などで支給するものをいいます。現物給与で支給するものがある場合はその現物を通貨に換算してご記入ください。詳しくは厚生労働省 HP でご確認ください。		
事業主名称 株式会社 △△△△△				
事業主氏名 大日本 花子				

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。	
	株式会社△△△△△	令和 〇 年 12 月 10 日
	代理人職氏名 代表取締役 大日本 花子	被保険者氏名 健保 組子

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 〇 年 12 月 10 日	被保険者 住所 東京都新宿区〇〇1-2-3
生年月日 昭和 平成 〇 年 4 月 1 日	氏名 健保 組子

医 師 の 証 明 欄	患 者 氏 名																																	
	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										日間												
		令和 年 月 日まで (日間)										診療実日数																						
	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る日を○で囲んでください	日	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	
																																		30
	労務不能と認めた																																	
	中の投																																	
	況と通																																	
	導の有無																																	
	今回の期間中の																																	
	状及び経過																																	
	内容・検査結果・療養指導」等（詳しく）	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										理由																						
		令和 年 月頃 □現段階では未定																																
		医学的見地から就労可能時期について										理由																						
		令和 年 月頃 □現段階では未定																																
	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いたします																																	