

## 支 給 決 定 伺

(秘密)

|        |          |           |    |   |     |         |    |
|--------|----------|-----------|----|---|-----|---------|----|
| 資<br>格 | 取得 年 月 日 | □ 104 条該当 | 回数 | 回 | 件一括 | (登録 No) | 備考 |
|        | 喪失 年 月 日 |           |    |   |     |         |    |

## 健康保険 傷病手当金(延長傷病手当金)請求書

記入日 令和 年 月 日

|                            |                                                        |             |                                                                         |               |            |
|----------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 請<br>求<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者氏名 * 自署の場合は押印不要                                    |             | 住所(〒 )                                                                  |               |            |
|                            | 記号・番号                                                  |             | 事業所・所属                                                                  |               |            |
|                            | 連絡先(連絡の取れる連絡先を記入してください)<br>電話番号                        |             | メールアドレス                                                                 |               |            |
|                            | 傷病名                                                    |             | 発病又は負傷日の年月日<br>年 月 日(頃)                                                 |               |            |
|                            | 発病又は負傷の原因                                              |             |                                                                         |               |            |
|                            | 傷病又は負傷による療養のため休んだ期間<br>令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで 日間   |             | 左記期間中に報酬を受けましたか、または今後受けられますか<br>※報酬には、給与、各種手当や見舞金なども含みます<br>○受けた ○受けてない |               |            |
|                            | 障害(基礎・厚生)年金又は障害手当金を受給していますか ⇒                          |             | ○はい ○いいえ ○請求中<br>「はい」の場合は、受給傷病名を記入( )                                   |               |            |
|                            | (任意継続被保険者・資格喪失者の方)<br>老齢又は退職を事由とする公的年金や失業給付を受給していますか ⇒ |             | 公的年金→ ○はい ○いいえ ○請求中<br>失業給付→ ○はい ○いいえ ○請求中                              |               |            |
| (退社者記入欄)<br>振込希望銀行         |                                                        | 銀 行<br>信用金庫 | 支店                                                                      | 口座の名義<br>(カナ) | 普通<br>口座番号 |

※振込先は退職後に請求される場合は必ず記入してください  
※次頁の注意事項をよく読んでから記載してください

|                                           |                                                                    |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| 療<br>養<br>担<br>当<br>医<br>師<br>意<br>見<br>欄 | 傷病名                                                                |  | 初診日<br>年 月 日                                              |  |
|                                           | 発病又は負傷の年月日<br>年 月 日                                                |  | 発病又は負傷の原因                                                 |  |
|                                           | 上記疾病により労務不能と認めた期間<br>令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで 日間                 |  | 左記期間の診療実日数 ※原則、1ヶ月に1日以上あること。<br>0 日の場合は、理由を記載ください ↓<br>日間 |  |
|                                           | 労務不能と認めた期間中のうち入院期間<br>令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで 日間                |  | オンライン診療の場合は、診療内容を記入してください                                 |  |
|                                           | 上記期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」などを詳しく記入してください                |  |                                                           |  |
|                                           | 症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見                                           |  |                                                           |  |
|                                           | 上記のとおり相違ありません<br>令和 年 月 日 医療機関の所在地<br>医療機関 名 称<br>医 師 名<br>連 絡 先 印 |  |                                                           |  |

※ 事業主証明は別紙に記載すること

## ※ 記載上の注意

### 〈被保険者の方へ〉

1. 傷病手当金とは被保険者が業務外の疾病又は負傷による療養のため労務につくことが出来ず、この間、会社から報酬(給与)を受け取ることが出来ない時に、被保険者の生活保障給付として支給されます。生活保障のため、基本的には給与単位(例:9/21～10/20)でご提出ください。
2. 傷病手当金の申請は、時系列で受け付けますので、既に申請済の期間より以前の期間での申請書提出は、ご遠慮ください。同じ時期に異なる傷病での申請がある場合は、一緒に提出ください。
3. 消える筆記具(鉛筆、フリクションペン等)での記入はしないでください。
4. 印ははっきりと押し、印もれないように、また記載内容の訂正の場合は二重線にて抹消のうえ改めて記入し、各記入者(本人／医師)印をもって訂正印を押印してください。  
(本人印は、自署の場合は押印不要。医師印は押印要。)
5. 発病または負傷の原因が第三者行為による場合は負傷の日時／場所／加害者の住所氏名および示談解決の内容を記載した「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
6. 退職予定および退職後の請求の場合のみ、「振込希望銀行」を記入ください。
7. 支給金額は、『医療費のお知らせ』と『給付金支給決定通知書』に掲載します。
8. この申請書は、会社にご提出ください。会社が事業主証明を添付の上、健康保険組合に提出されます。

### 〈事業所担当の方へ〉

1. 在職者の請求には事業主証明欄の記入および代表者印が必要です。
2. 事業主証明を別紙に記載し(事業主印要)本書に添付してください。