

健康保険 傷病手当金支給請求書 (第 回)

被保険者情報	被保険者証 記号番号	-		事業所 (勤務先 会社)				
	業務内容							
	氏名				生年月日 (和暦)	年	月	日
	住所	〒 -						
電話番号(日中の連絡先) ( )								

申請内容	傷病名			発病・負傷 した年月日 (和暦)	年	月	日	
	該当の傷病 について	1. 病気(状態 )			2. ケガ⇒負傷原因報告書を併せてご提出ください			
	第三者行為 によるもの か	1. はい (A. 交通事故 B. 交通事故以外)			2. いいえ			
	上記療養の 為 休んだ期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで	日間			
	上記療養の 為 休んだ期間 に報酬を受 けました か、又は今 後受けられ ますか	1. 受けた		2. 受けていない				
		↓ <input type="checkbox"/> 有給休暇を使用		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		
	公的年金【基礎年金・老齢年金・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	いいえ	申請中	基礎年金番号			
申請中・受給中の年金の種類								
障害(基礎)年金の場合は傷病名								

振込先 指定口座	金融機関			銀行 信用金 庫 信用組	支店 出張所		
	預金種別	普通預金	口座番号				
	口座名義	カタカナで記入		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代理人		

受取代理人欄	被保険者 (申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します			令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所			
		氏名	印	委任者と代理人との関係	

<人事担当者確認欄>

<健康保険組合処理欄>

確認日	令和 年 月 日				
傷病責任者	傷病担当者	常務理事	事務長	担当者	

### 健康保険 傷病手当金請求書

※事業所のご担当者さまへ

初回申請時は、請求期間とその期間前1ヶ月前の賃金台帳および出勤簿の写しの添付をお願いいたします。

なお、証明期間は1ヶ月を単位とし、2ヶ月を超える証明はしないで頂きますようお願いいたします。

事業主の証明	氏名													
	労務に服さなかった期間 【出勤は○】 【有休は△】 【公休は■】 【欠勤は×】 でそれぞれ表示	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											
		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											
	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 (                  円/h)											
	所定休日		<input type="checkbox"/> 毎週 (                  曜日) <input type="checkbox"/> 隔週 (                  曜日) <input type="checkbox"/> 不定期											
	欠勤控除の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	欠勤控除 の算出式										
	報酬について		<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり、精算済み (もしくは精算予定) <input type="checkbox"/> 支給あり 【内訳】											
	労務に服さなかった期間に支払われた報酬について													
	報酬の名称		日額もしくは月額		支給対象期間				支給額					
	(                  )		円		月 日 ~ 月 日		日分		円					
(                  )		円		月 日 ~ 月 日		日分		円						
(                  )		円		月 日 ~ 月 日		日分		円						
(                  )		円		月 日 ~ 月 日		日分		円						
上記のとおり相違ないことを証明します。 <span style="float: right;">令和    年    月    日</span>														
住所 事業主 氏名														

添付書類

- 賃金台帳     出勤簿     その他

< 備考欄 >

## 健康保険 傷病手当金請求書

※療養を担当した医療機関様へ

証明期間はおおむね1ヶ月を単位とし、2ヶ月を超える証明はしないで頂きますようお願いいたします。

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見	患者氏名											
	労務不能と認めた傷病名											
	発症または負傷の原因											
	発症または負傷の年月日	(平成・令和)			年	月	日					
	初診日(診療開始日)	(平成・令和)			年	月	日					
	労務不能と認めた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間	
	入院した期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間	
	労務不能と認めた月の診療日(該当日に○)	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									
		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									
	労務不能と認めた期間に行った療養内容 投薬： <input type="checkbox"/> あり ( 日分 日分 日分) <input type="checkbox"/> なし 理由： 通院指導の有無： <input type="checkbox"/> あり ( 週間/回 ) <input type="checkbox"/> なし 理由： 上記の期間中における「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 症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な事由											
就労の見込みについて A 令和 年 月頃から就労可能の見込み B 現時点では不明 理由：												
上記のとおり相違ありません。 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span>												
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名(自署)												

## 状況報告書

※被保険者の方へ  
 全ての項目について漏れなく記入してください。  
 状況報告書は請求ごとに提出をお願いします。

1 請求期間内の状況について教えてください。(できるだけ詳しく)

① 自覚症状について

(現在のお身体の様子についてご記入ください)

② 自宅療養状況について

(お休みされている間についてどのように過ごしていたかご記入ください)

③ 病院への通院状況について

( 週間に / 回の通院 )

(主治医から療養期間中にどのような指示をうけているか・治療内容などをご記入ください)

2 以前の傷病手当金受給状況について教えてください※初回申請時のみ

① 傷病手当金の受給について	A.初めて	B.過去にも受給したことがある
② ①でBと答えた方へ	( )健康保険組合にて ( )年( )月より( )年( )月)間受給	

③ 以前加入していた健康保険組合および前就業先をご記入ください

健康保険組合名 ( )  
 就業先事業所名 ( )

健康保険組合名 ( )  
 就業先事業所名 ( )

3 現時点での今後の就労見込みについてご記入ください

(前回請求時のお身体の状態の変化などをご記入ください)

オリックスグループ健康保険組合 理事長 殿  
 上記の通り回答致します。  
 令和 年 月 日

〒 -

住所

電話番号  
 氏名(自署)

同意書  
(誓約書)

令和 年 月 日

オリックスグループ健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 \_\_\_\_\_  
(被保険者記号番号 \_\_\_\_\_ )

私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関(事業所及び医療機関等)に照会することに同意致します。

(後日、本件について、貴組合に対しての一切の異議・請求等の申し立てをしないことを誓います。)

なお、本書の写しも有効と致します。

氏名(自署)  
\_\_\_\_\_

## **申請および記入上の注意(必ずお読みください!)**

傷病手当金は必ず1ヶ月毎に提出してください。

傷病手当金は病気や怪我の療養の為会社を休み、給料が支給されない方の生活保障給付ですので療養を担当する医師に毎月療養の経過を記入してもらい、提出してください。

数ヶ月分まとめての請求は、給付の目的を逸脱することになりますので理由なき場合には不支給となる可能性があります、ご注意ください。

※必要に応じて、照会等の調査を実施しますので支給決定に時間がかかることがあります。予めご了承ください。

### **【被保険者】**

- 1.申請書は本人による**自署**にてお願い致します。自署でない場合は氏名横に押印が必要です。
- 2.業務内容欄は「営業」「経理」「事務」等具体的に記入してください。
- 3.公的年金受給中の方は下記の書類を添付してください。  
『障害厚生年金の年金証書またはこれに準ずる書類の写し』『障害基礎年金の額、支給開始年月を証明する書類、および障害基礎年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)』  
『老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し』『老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害基礎年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)』
- 4.受取代理人の口座への支払いを希望の場合は、漏れなく記入してください。

### **【事業主】**

- 1.添付書類につきましては、主に必要とされるものを掲載しております。場合によっては、掲載のない書類が必要になる場合がありますので、ご了承ください。
- 2.初回の申請時は各社人事担当者による確認が必要です。

### **【療養担当者】**

- 1.労務不能と認めた期間については、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間(証明日以前のものに限る)を記入してください。
- 2.治療内容・療養指導・労務不能と判断した理由などは出来るだけ詳しく記載してください。
- 3.療養を担当した医師の氏名は自署にてお願い致します。自署でない場合は氏名横に押印が必要です。
- 4.記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正の上、訂正箇所横に医師の署名をお願い致します。