

※傷病手当金は1ヶ月毎に提出してください。2ヶ月を超えたものは受付できません。

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	000 - 0000	事業所 (勤務先 会社)	オリックス株式会社	
	業務内容	営業			
	氏名	健保 太郎	生年月日 (和暦)	昭和	51年 0月 0日
	住所	〒 000-000 東京都港区浜松町〇丁目〇番地 電話番号(日中の連絡先)03(0000)0000			

申請内容	傷病名	右大腿部骨折	発病・負傷 した年月日 (和暦)	平成	30年 11月 30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 3年 12月1日から 令和 3年 12月 31 日まで 31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 checked="" type="checkbox"/> 有給休暇を使用 令和 3年 12月 1日から 令和 3年 12月 31日まで 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
	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	障害年金				
障害(基礎)年金の場合は傷病名	うつ病				

振込先 指定口座	金融機関	三井住友	銀行 信用金庫 信用組合	浜松町	支店 出張所
	預金種別	普通預金	口座番号	000000	
	口座名義	カタカナで記入 ケンボ タロウ	口座名義 の区分	<input checked="" 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 氏名 ※受取代理を希望する場合はもれなく記入してください			
	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
責任者	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		ケンポ タロウ																																																				
	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																																																					
		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 checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 (円/h)																																																				
	所定休日		<input checked="" type="checkbox"/> 毎週 (土・日 曜日) <input type="checkbox"/> 隔週 (曜日) <input type="checkbox"/> 不定期																																																				
	欠勤控除の有無		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	欠勤控除の算出式	基本給 200,000+役職手当 40,000÷30																																																		
	報酬について		<input type="checkbox"/> 支給なし <input checked="" type="checkbox"/> 支給あり、返納済み (もしくは返納予定) <input type="checkbox"/> 支給あり 【内訳】 4月1日~9月30日まで6ヶ月分60,000円を3月給与で支給したが、5月給与で精算予定																																																				
	通勤手当		<input type="checkbox"/> 支給なし <input checked="" type="checkbox"/> 支給あり、返納済み (もしくは返納予定) <input type="checkbox"/> 支給あり 【内訳】 4月1日~9月30日まで6ヶ月分60,000円を3月給与で支給したが、5月給与で精算予定																																																				
	労務に服さなかった期間に支払われた報酬について		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">報酬の名称</th> <th style="width: 15%;">日額もしくは月額</th> <th style="width: 20%;">支給対象期間</th> <th colspan="2" style="width: 45%;">支給額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(有給休暇)</td> <td style="text-align: center;">8,000円</td> <td style="text-align: center;">12月1日~12月7日</td> <td style="text-align: center;">7日分</td> <td style="text-align: center;">56,000円</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">月 日~ 月 日</td> <td style="text-align: center;">日分</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">月 日~ 月 日</td> <td style="text-align: center;">日分</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">月 日~ 月 日</td> <td style="text-align: center;">日分</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </tbody> </table>																												報酬の名称	日額もしくは月額	支給対象期間	支給額		(有給休暇)	8,000円	12月1日~12月7日	7日分	56,000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
	報酬の名称	日額もしくは月額	支給対象期間	支給額																																																			
(有給休暇)	8,000円	12月1日~12月7日	7日分	56,000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。		令和 年 月 日																																																					
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	健保 太郎										
	労務不能と認めた傷病名	右大腿部骨折										
	発症または負傷の原因	スキー滑走中に木にぶつかり負傷										
	発症または負傷の年月日	(平成・令和) 3 年 11 月 30 日										
	初診日(診療開始日)	(平成・令和) 3 年 12 月 1 日										
	労務不能と認めた期間	令和 3年 12月 1日から 令和 3年 12月 31日まで31日間										
	入院した期間	令和 3年 12月 1日から 令和 3年 12月 31日まで31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									
	た 医 師 の 意 見	労務不能と認めた期間に行った療養内容 投薬： <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり (1週間/ 1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 令和3年12月1日、上記傷病により初診。12月4日外科手術を施行した。手術後、療養(リハビリ)および経過観察のため1週間に1度の外来通院を指示した。 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 歩行が極めて困難であったことから、入院および外科手術を要し、退院後も上記期間リハビリを行いつつも自宅にて安静する必要があるため労務不能であると判断した。										
見	就労の見込みについて	<input checked="" type="radio"/> A 令和 4年 1月頃から就労可能の見込み <input type="radio"/> B 現時点では不明										
	理由：	術後の経過もよく、リハビリも順調に進んでいることから1月より就労可能と判断する。										
	上記のとおり相違ありません。	令和 4年 1月 1 日										
	医療機関所在地	東京都港区浜松町0-0-0										
	医療機関の名称	〇〇総合病院										
	医師の氏名(自署)	医師：〇〇〇〇										
	電話番号	03-0000-0000										

状況報告書

※被保険者の方へ

全ての項目について記入をしてください。

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)

入院期間においては、痛みがある場合は点滴を打ってもらい安静に過ごしていた。

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)

退院後は医師の指示通りにリハビリに通い、それ以外の時間は自宅で安静に過ごしていた。ここ1週間は、大分状態もよくなった自宅周辺を散歩したりして、復帰に備えて準備をしていた。

③ 病院への通院状況について

(1 週間に / 1 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)

退院後は1週間に1回、リハビリおよび経過観察の為通院するように指示があった。

痛みがあるうちはなるべく安静に過ごすように指示があり、4月末までは仕事は休むように言われた。

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

(平成 30)年(1)月より(年 6 ヶ月)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 (〇〇〇健康保険組合)

就業先事業所名 (株式会社〇〇〇〇)

健康保険組合名 (協会けんぽ〇〇支部)

就業先事業所名 (〇〇株式会社)

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)

医師からの指示通り、安静にしていたところ状態もかなり良くなってきました。

1月1日より復帰しています。

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 4 年 1 月 10 日

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 東京都港区浜松町〇丁目〇番地

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

氏名 健保 太郎

(自署)