

記入例

K-031 P ()

日立健康保険組合 御中

健康保険 傷病手当金請求書

※太枠線内を記入してください（記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください）

1	提出日	令和〇〇年 4 月 25 日	備考
	記号	番号	被保険者名
	1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0		健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	従業員番号
			〇〇課
			所属・電話
			(TEL: 000-000-0000)
2	連絡先住所	〒000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1	
	傷病名	胃潰瘍	
	傷病又は負傷の原因	不明	3 傷病又は負傷の為 休んだ期間
			令和〇〇年 3 月 11 日から 令和〇〇年 3 月 20 日まで 21 日間
4	治療のために休んだ期間の分の報酬（※）を受けましたか	受けた ・ 受けない	
	※報酬には、各種手当（通勤手当、住宅手当等）やカフェテリアプランも含まれます		
5	報酬の支払を受けたときは、その報酬の額とその支払の基礎となった期間（不明の場合は記入不要）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
6	障害・厚生年金 手当金受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中（ 年 月から受給）	年金証書の 基礎番号
7	受給者名	障害・厚生年金 手当金の年額	円
8	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないかの別	有 ・ 無	
9	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	はい ・ 労災請求中 ・ いいえ	
	*「はい」または「請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の 労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
10	（任意） 医師に照会が必要 な場合の事前同意	私は、傷病手当金の請求にあたって、日立健康保険組合が医師や事業主等に内容確認・調査することに 同意します。	
		被保険者氏名 健保 正美	
11	受取方法	1 事業所経由で受け取る → 委任状欄にご署名ください 2 個人の口座へ振り込み → 振込先を記入してください	
12	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 健保 正美	
13	振込先	「2 個人の口座へ振り込み」を選択した場合、口座を記入してください（但し、振込先は本人口座に限定します）	
	銀行コード	銀行	支店
			1. 普通 2. 当座
			口座 番号

留意事項

- 支給日および支給方法
 - 毎月20日迄に健保組合に到着した分は、翌月15日に支給いたします。（休日の場合は前倒し）
但し、申請内容によっては審査に時間を要し、支給が翌々月以降になることがあります。
（事業所により、締切日が別途設定されている場合があります）
 - 支給方法は、「①健保組合から直接個人宛に支給」「②事業所から給与にて支給」があります。
詳細は、事業所の健康保険担当の方にご確認ください。
- 支給決定通知について
 - 給付が決定された場合、給付される月の10日前後に、傷病手当金請求書にご記入いただいた
連絡先住所宛に「傷病手当金支給決定通知書」をお送りします。
なお、再発行はいたしませんので、ご注意ください。

次の条件に全て該当した場合に、この申請書を使用し傷病手当金を請求してください。

- 業務外の病気やけがの治療のため、療養中である
- 療養のため、仕事に就けない（労務不能である）
- 連続して4日以上仕事を休んだ（休日を含む）
- 給与の支払いがない（支払いがあっても傷病手当金の額より少ない）

◆ 申請手順

- 添付書類 K-035「傷病手当金（医師の意見欄・事業主証明欄）」に被保険者氏名・生年月日を記入し、
担当医の証明をもらってください。
- K-031「傷病手当金請求書」の「被保険者記入欄」を記入してください。（下記「記入要領」参照）
- K-035「傷病手当金（医師の意見欄・事業主証明欄）」を合わせて事業所の健保担当者宛に送付してください。

◆ 記入要領（記入例の番号と照合してください）

- 事業所（会社）に提出するときにその日を記入してください。
- 療養中の連絡先を記入してください。（給付決定通知書等を送付する住所となります）
→ 健保組合または事業所（会社）へ届け出の住所と異なっても結構です。
- この申請書で申請する期間内（月単位）で休業した日（土・日・祝日を含む）を記入してください。
→ ここでいう月単位は、原則として給与計算初日～締日毎の月単位となります。
- この請求書で申請する期間内（月単位）に給与の支払い（報酬、各種手当等）があるかを記入してください。
- 上記④で「受けた」に該当する場合、その期間と金額を記入してください。不明の場合は記入不要です。
- 傷病手当金受給中に障害年金（または障害手当金）を受けるようになった場合にその旨を記入してください。
- 障害年金の対象となる傷病名を記入してください。
- 交通事故等、第三者の行為によりけがをした場合には「有」を選択してください。
→ 該当する場合は、事前に健保組合へ連絡願います。
- 今回の申請が労災保険から休業補償給付を受けている期間のものかどうかについて、該当するものに○を
記入してください。「はい」または「請求中」に○をつけた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署を記入し
てください。
- 過去に支給歴のある方で、過去と同一疾病または関連があると思われる疾病の場合等、医師や事業主等に
照会を行う場合があります。事前同意欄は、事前に同意を取るにより同意書の提出を不要とし、手続きを
迅速に進めることを目的としたものです。できるだけ記入してください。
- 希望する受取方法に○を記入してください。
- 「1. 事業所経由で受け取る」を希望される場合は、委任状欄にご署名ください。
→ 給与にて支給の有無は、事業所（会社）の健保担当者に確認してください。
- 「2. 個人の口座へ振り込み」を希望される場合は、振込先を記入してください。（但し、本人口座に限定します。）
振込先は、その都度請求書に記入してください。（ゆうちょ銀行、信用金庫、農協も可）

※記入内容を訂正する場合には、訂正箇所に二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

- K-035「傷病手当金（医師の意見欄・事業主証明欄）」
- 障害年金（または障害手当金）受給の場合
→ ・ 「年金振込通知書（写）」（傷病手当金を申請する期間に該当するもの）
※申請する期間に年金額が改定されている場合は「年金額改定通知書（写）」も提出が必要です。
・ 障害年金手続の際の診断書（写）※但し、初回申請時のみ提出が必要
・ 国民年金・厚生年金保険 年金額改定通知書（写）※年金額改定時のみ
- K-053「同意書」→ 初回申請時のみ提出が必要
- K-052「健康保険加入状況調査書（傷病手当金申請用）」→ 提出対象となる方が限定されているため、
詳しくは、K-052「健康保険加入状況調査書（傷病手当金申請用）記入例」をご覧ください。

◆ 送付先

事業所（会社）の健保担当者宛に送付してください。
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

◆ 提出期限

療養のため、仕事に就けなかった日ごとに翌日から起算して2年以内に請求してください。（健保組合必着）