

# 傷病手当金請求書の手引き

## 申請の条件

- (1) 病気・けがで療養中であること（健康保険で診療を受けられない美容整形等は不支給）
- (2) 仕事につけないこと（労務不能）
- (3) 4日以上仕事を休むこと（仕事を休んだ日から引き続き3日の待期期間をおき、4日目から支給）
- (4) 事業主から報酬を受けられないこと（報酬額が傷病手当金より少ない場合差額を支給）  
※療養の為に欠勤し給料がもらえない時は欠勤4日目から1年6ヶ月間の範囲内で1日につき標準報酬日額の3分の2、付加給付15分の2（給付制限の場合あり）支給  
**\*付加給付は平成24年4月1日事由発生分より休止しています。**

## いつまでに

（請求権の時効は2年）

すみやかに（3ヶ月以上経過した場合は遅延理由書を添付のこと）

## どこへ

各事業所及び店所

## 提出枚数

一月、一枚の目安で申請書を記入

## 記入上の注意

（本人記入欄）

A から Qはすべて本人が記入（但しQ は在職者の場合のみ記入）

※委任状欄(Q)は、署名と必ず認印を押印すること

（医師の記入欄）

担当した医師に証明を頂く

（事業主記入欄）

R 労務に服さなかった期間

記入例	自 平成 14年 4 月 1日	30日間
	至 平成 14年 4 月 30日	

											出勤○	有給△							
14 年 4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	…	26	27	28	29	30	31	2日	3日

S 労務に服さなかった期間中の報酬を全額支給した場合又は支給する場合

T 労務に服さなかった期間中の報酬を一部支給した場合又は支給する場合

U 事業主代理人の住所、氏名、電話番号、捺印、証明年月日

## 添付書類が必要な場合

- (1) ひと月に診療実日数が0～1日の場合は本人の『回答書』
- (2) 請求期間の日が3ヶ月以上経過した場合は『遅延理由書』
- (3) 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金を受給の方は『年金証書の写し』

## 事業所、支社、主管へのお願い

療養の為に休んだ期間の勤務時間実績表を必ず添付（給与明細の勤怠と一致するもの）

健康 保 險 組 合 記 入 欄	受 付		決 裁		支 払		常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保NO		
	支 給 決 議	支 給 額				取得年月日	. . .			喪失年月日	. . .			
		支 給 内 訳	法定				$\frac{2}{3}$	自 . . .			支給開始日	. . .		
			附加				$\frac{2}{15}$	自 . . .			支給満期日	. . .		
		合計				給与・年金等 支給額				標準報酬月額	円			

第 <sup>A</sup> 回 健康保険 傷病手当金 請求書  
傷病手当付加金

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	B記号	11	C番号				D氏名	印	E生年月日						
	F事業所名		職種及び内容					G 事業所コード		—					
								TEL							
	H 傷 病 名														
	I 療養の為 休んだ期間 (支給期間)		自	平成	年	月	日	日間		J 発病又は負傷の年月日					
			至	平成	年	月	日			平成	年	月	日		
	K 発病又は負傷の原因 (負傷の場合詳しく)		日 時		年	月	日	AM	時	分頃	L 出勤日ですか			はい	いいえ
								PM			業務上によるもの			はい	いいえ
											第三者によるもの			はい	いいえ
											交通事故によるもの			はい	いいえ
											場 所				
											※その時の状況を記入				
	M 現在の傷病以外で5年以内に傷病手当金を受給したことがある方は記入														
			傷 病 名	3					6						
	1			4					7						
2			5					8							
N 以前、今回の傷病と同一傷病で傷病手当金を受給ことがある方は記入															
受給時期		年 月 頃 ~			受給時期		年 月 頃 ~								
O 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金を受給の方															
年金の種類別		<input type="checkbox"/> 障害年金		<input type="checkbox"/> 障害手当金		<input type="checkbox"/> 老齢厚生年金									
年金額						年金取得認定日									
傷病名						証書の番号									
P 退職後の方の振り込み先口座記入欄															
普通		銀行			支店		フリガナ								
口座番号						口座名義									

委任状 Q この請求書に係る傷病手当金及び付加金の受領を事業主代理人に委任します。氏名 ㊞

医 師 の 意 見 書	患者氏名								
	傷病名		2.			4.			
	1.			3.			5.		
	発病又は負傷の年月日 平成 . .				診療開始日 平成 . .				
	発病、負傷の原因								
	労務不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」								
	「治療内容・検査結果・医療指導」等(詳細に)								
	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所見								
	前頁Mに記載ある場合は、今回との傷病と医学的関連性・所見								
	労務不能と認められた期間		自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日		日間		左の期間中の診療実日数 日間	
上記の通り相違ありません。 平成 年 月 日									
〒 住所 TEL									
医師 医療機関名									
氏名 印									

事 業 主 記 入 欄	R 労務に服さなかった期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日		日間					
	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							出勤○	有給△
	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							日	日
	S 上記の期間中、報酬を全額支給した期間又は支給する期間							日間		
	T 上記の期間中、報酬を一部支給した期間又は支給する期間					合計	円 日額	円	日間	
						合計	円 日額	円	日間	
	U 傷病が出産に関わる場合		分娩予定日：平成 年 月 日			分娩日：平成 年 月 日				
	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日									
	事業主代理人 氏名		住所 〒 104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号			TEL 03(3541)3411				
		ヤマト運輸株式会社 事業主代理人 人事総務部長 大谷 友樹			印					

健康 保 險 組 合 記 入 欄	受 付		決 裁		支 払		常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健 保 NO	
	支 給 決 議	支 給 額				取 得 年 月 日	. . .			喪 失 年 月 日	. . .		
		支 給 内 訳	法 定				2 3	自 . . . 至 . . .			支 給 開 始 日	. . .	
			附 加				2 15	自 . . . 至 . . .			支 給 満 期 日	. . .	
		合 計				給 与 ・ 年 金 等 支 給 額				標 準 報 酬 日 額	円		

第 <sup>A</sup> 回 健康保険 傷病手当金 請求書  
傷病手当付加金

平成 年 月 日提出

B記号	11	C番号	123456	D氏名	大和 太郎 (大和)	E生年月日	S××.××.××
F事業所名	○ ○ ○ 営業所				G 事業所コード	-	
	職種及び内容 SD 配達・集荷				TEL	××××-××××	
H傷病名	頸椎捻挫						
I療養の為 休んだ期間 (支給期間)	自 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日 至 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	×× 日間		J発病又は負傷の年月日			平成 年 月 日
K 発病又は負傷の原因 (負傷の場合詳しく)	日 時 平成××年 ××月 ××日 AM PM			L 出勤日ですか はい (いいえ) 業務上によるもの はい (いいえ) 第三者によるもの はい (いいえ) 交通事故によるもの はい (いいえ)			
場 所	自宅 ※その時の状況を記入 荷物の上げ下ろし中、脚立より転倒したため受傷						
M 現在の傷病以外で5年以内に傷病手当金を受給したことがある方は記入							
傷 病 名	3				6		
1	4				7		
2	5				8		
N 以前、今回の傷病と同一傷病で傷病手当金を受給したことがある方は記入							
受給時期	年 月 頃 ~			受給時期	年 月 頃 ~		
O 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金を受給の方							
年金の種類	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金						
年金額				年金取得認定日			
傷病名				証書の番号			
P 退職後の方の振り込み先口座記入欄							
普通	×××× 銀行 ×× 支店			フリガナ	ヤマト タロウ		
口座番号	××××××××			口座名義	大和 太郎		

委任状 Q この請求書に係る傷病手当金及び付加金の受領を事業主代理人に委任します。氏名 大和 太郎 (大和)

ヤマトグループ健康保険組合

署名と認印を忘れずに