

# 記入例

- 注) 1. 本請求書は、必ず事業主(本籍会社)の人事部門へ提出してください。  
 2. 記入間違いの際は、二重線を引き訂正印を捺印の上、修正してください。  
 3. 本請求書は、片面印刷してご記入ください。

**【注意】傷病手当金は健康保険法に基づき支給判断がされます。医師の意見欄を請求者が加筆・修正することは禁止されております。**

支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間			
算出の基礎	日額 円 × $\frac{2}{3}$ × E	円			
備考					

傷病手当金の請求回数を記入

## 傷病手当金請求書 (第 1 回)

保険証に印字されている記号と番号を記入

保険証に印字されている資格取得年月日を記入

2枚目の「療養を担当した医師の意見」の傷病名を記入

自覚症状があった日など、「～頃」という記入でも可

被保険者証の記号番号	記号 101 番号 123456	事業所の名称	BIPROGY株式会社
資格取得年月日	昭(平)令 20年 4月 1日	療養のため休んだ期間中に報酬の支払を受けたか又は受けられるときはその期間と金額	全期間 自 令和 年 月 日 日間 一部 自 令和 年 月 日 日間 その他 令和 年 月 日より無給
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日	*標準報酬	月 額 日 額 健保記入欄
傷病名	〇〇〇病	発病又は負傷の年月日	平成・令和 30年 10月 17日
*療養の給付開始年月日	令和 年 月 日 健保記入欄	入院したとき	入院した期間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間
*支給開始年月日	令和 年 月 日	種別 (該当にレ印をしてください)	障害年金・障害手当金・老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金
療養のため休んだ期間	自 令和 2年 8月 1日 至 令和 2年 8月 31日	受給開始年月日	令和 年 月
		基礎年金番号	
		年金額	

本籍会社名を記入

請求対象期間中に、入院した場合は記入

これらの年金・手当金を受給している場合は、青枠内を記入の上、年金証書等のコピーを添付

<本請求書第1回目の場合>  
 自:実際に療養のためにお休みに入った日を記入  
 至:傷病手当金請求対象となる休んだ期間の末日を記入

<本請求書第2回目以降の場合>  
 自:前回提出分の療養のため休んだ期間の末日の翌日  
 至:傷病手当金請求対象となる休んだ期間の末日を記入

のとおりに申請します。また、私は、BIPROGY健康保険組合がこの給付決定の調査として、私の受けた保険行為等に係る情報に関し、医療保険者、医療機関、事業所、市公庁等に照会することに同意します。

事業主へ提出する日を記入  
 注)「療養のため休んだ期間」の至の日付以降であること

GY健康保険組合 御中

保険者 〒 123-4567

住所 東京都江東区豊洲1-2-3

氏名 豊洲 朝子

電話 03-3123-4567

振込希望口座 三井住友 銀行 築地 支店 普通 当座 NO. 123456

〒、住所、氏名、電話番号、振込希望口座を記入、捺印をお願いします。(シャチハタ可)  
 ※自署の場合は、捺印を省略できます。

\*振込希望口座について\*  
 <在職者の場合>  
 →本人口座へ直接払いとなるため、給与振込口座を記入

確認欄  自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者であることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに基づき、健康保険業務以外には使用しません。)

・自署したが確認欄にチェックがなく、かつ捺印がない場合は不備となるため返却させていただきます。  
 ・被保険者確認のもと、他の方が作成された場合は、チェックは不要です(捺印必要)。

# 記入例

保険証に印字されている記号

被保険者記号・番号	記号	101	被保険者氏名	豊洲 朝子
	番号	123456		

氏名を記入

**請求上の注意**

一、この様式は、被保険者が傷病の療養のために会社に会社の勤務を休み、休んだ期間  
 二、\*箇所は記入しないでください。  
 三、印鑑は朱肉印で捺印願います。  
 四、全ての該当する項目に記入してください。

## 事業主の証明

療養のため労務に服さなかった期間	自 令和 年 月 日	日間
	至 令和 年 月 日	
上記期間中の	自 令和 年 月 日	日間 全額
	至 令和 年 月 日	
分として支払う	自 令和 年 月 日	日間 一部支給額 円
	至 令和 年 月 日	
報酬額	令和 年 月 日 より 無給	

上記の通り相違ないことを証明します。

事業主(又は代理人)

住所  
氏名

赤枠内は、療養を担当した医師に全て記入・捺印を依頼してください。  
 ※記入依頼後、以下①～③を確認ください。  
 ①.記入内容にもれないか、また医師の押印がされているか、判読可能かどうか  
 ※判読できない場合、医師に照会をすることがございます。

## 療養を担当した医師の意見

傷病名		
発病又は負傷の原因		
発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の開始年月日 令和 年 月 日
労務不能と認められた期間	自 令和 年 月 日 日間	左の期間中の診療実日数 日間
上記の期間における診療日及び入院した日を○で囲んでください。	【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
上記の期間中における「傷病の主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		
上記期間の投薬の有無について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 月 日に 日分処方)	<input type="checkbox"/> あり( 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり( 月 日に 日分処方) <input type="checkbox"/> あり( 月 日に 日分処方)
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		

②.医師が「労務不能と認められた期間」は、1枚目の「療養のため休んだ期間」と同一期間で証明を受けること  
 ※下記「補足」参照

払を減額又は受けられない場合に請求するものです

③.療養を担当した医師の証明日は、「労務不能と認められた期間の至」の日付以降で証明をうけること  
 ※見込みでの証明は不可

上記の通り相違ないことを証明します

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

印

電話

( )

### 補足)

傷病手当金請求書第1回目の場合

→1枚目の「療養のため休んだ期間」の範囲内で、療養を担当した医師に「労務不能と認められた期間」を証明してもらってください。

傷病手当金請求書第2回目以降の場合

→療養を担当した医師に、1枚目の「療養のため休んだ期間」と同一期間となるよう証明してもらってください。