

※ 支 給 支 払 決 議 書	受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	同年月日	平成 年 月 日	<b>記入例</b>		
	決済年月日	平成 年 月 日			
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
	内 訳	法定	資格喪失年月日	平成 年 月 日	
		健康保険組合	標準報酬月額	円	
	支給開始	平成 年 月 日	老齢(退職)年金	円(日額)	
	支給期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
	前回	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
	備考				

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 <sup>1</sup> (第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者証 記号・番号	② 123 - 45678	3 被保険者氏名	健 保 太 郎 (健保)	
	4 被保険者の 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 Tel. 03-1234-5678			
	5 事業所名称	株式会社 ○ △ □ ☆	6 標準報酬月額	③ 260,000 円	
	7 資格を取得 した年月日	② 平成 22 年 4 月 1 日	8 被保険者の 業務の種類	健保業務担当事務	
	9 発病又は負傷 の年月日	④ 平成 22 年 4 月 12 日	10 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	
	11 発病の状態 又は負傷の原因	⑤ 持病の腰痛が悪化し、下肢に激痛やしびれが生じた。 ⑥ 第三者行為によるものですか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出下さい。			
	13 療養のため 休んだ期間	平成 22 年 4 月 12 日 から 平成 22 年 4 月 30 日 まで 19 日間			
	14 上記13の療養のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 又は今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない			
	15 上記14で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その 報酬支払の基礎となる期間と報酬の額を記入して下さい。	平成 22 年 4 月 12 日 から 平成 22 年 4 月 16 日 まで 50,000 円			
	16 「障害年金」又は「障害手当金」を受給していますか。受給 している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金			
	17 上記16で「はい」又は「請求中」と答えた場合、受給の要因 となる傷病名を記入して下さい。				
	18 上記16で「はい」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入し、「請求中」 と答えた場合、基礎年金番号のみ記入して下さい。	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
				昭和・平成 年 月 日	円
	19 資格喪失者で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合 に老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中			
	20 上記19で「はい」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入し、「請求中」 と答えた場合、基礎年金番号のみ記入して下さい。	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
				昭和・平成 年 月 日	円
	21 労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の事 由による傷病手当金の申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中			
	22 上記21で「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元 又は請求先の労働基準監督署名を記入して下さい。	労働基準監督署			
	23 介護保険法 のサービス を受けた時	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
	24 振込希望の 金融機関名	○○○ (銀行) ・金庫 ・信組 △△△ 支店 普通Na 12345678			

※訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印して下さい。

① 「請求回数」を記入して下さい。

② 交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

③ わからない場合等は、無記入で構いません。

④ 発病又は負傷の年月日(療養を担当した医師が意見を記入するところ欄の33番を含む)が当組合資格取得日以前の場合又は当組合資格取得日以前に別の保険者から同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病で傷病手当金の給付を受けたことがある場合は、「健康保険加入状況確認書」及び「個人情報提供に関する同意書」を提出して下さい。

⑤ 負傷の原因が外傷性によるケガ(傷病名が骨折・挫創等)の場合は、「負傷原因届」を提出して下さい。

⑥ 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。

●16で「はい」又は「請求中」と答えた場合  
障害年金の給付を受けている場合に、添付が必要となる書類

※「障害年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の(写)」及び「障害年金の給付額、支給開始年月を証明する書類及び障害年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の(写)」の添付が必要となります。

●19で「はい」又は「請求中」と答えた場合  
老齢退職年金の給付を受けている場合に、添付が必要となる書類

※「老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の(写)」及び「老齢退職年金の給付額、支給開始年月を証明する書類及び老齢厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の(写)」の添付が必要となります。

●21で「はい」又は「労災請求中」と答えた場合  
労災保険の休業補償給付を受けている場合(労災保険の休業補償給付を受けている期間に、業務外の事由による病気やケガのため労務不能となった場合)に、添付が必要となる書類

※「休業補償給付支給決定通知書の(写)」の添付が必要となります。

事業主が証明するところ	25 被保険者証の記号・番号	123 - 45678	26 被保険者氏名	健 保 太 郎	
	27 労務に服さなかった期間	平成 22 年 4 月 12 日 から 平成 22 年 4 月 30 日 まで 19 日間			
	上記27の期間中の分として支払う報酬関係	A 全部支給した場合は支給する場合	平成 22 年 4 月 12 日 から 平成 22 年 4 月 16 日 まで 5 日間 ◆支給した(する)金額 50,000 円(日額 10,000 円) ◆出勤 日分 ◆有給 5 日分 ◆( 通勤 ) 手当 5 日分		
		B 一部支給した場合は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆( ) 手当 日分		
C 今現在も将来にも支給しない場合等		平成 22 年 4 月 17 日以降支給しない。			
29 上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 22 年 6 月 4 日 事業所所在地 東京都港区虎ノ門〇-△-□ 事業所名称 株式会社 ○ △ □ ☆ 事業主氏名 代表取締役 ● ▲ ■ ★ ( 事 業 主 ) TEL 11-1111-1111				

【事業所担当者殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印(事業主印)を押印して下さい。

※28欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。

※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	30 患者氏名	健 保 太 郎		
	31 傷病名	① 腰椎椎間板ヘルニア ② ③		
	32 療養の給付開始年月日	① 平成 22 年 4 月 12 日 ② 平成 年 月 日 ③ 平成 年 月 日		
	33 発病又は負傷の年月日	平成 22 年 4 月 12 日	34 発病又は負傷の原因	持病の腰痛
	35 労務不能と認めた期間(上記期間中の診療実日数)	平成 22 年 4 月 12 日 から 平成 22 年 4 月 30 日 まで 19 日間 (診療実日数 19 日間)		
	36 入院費用の別	( 健保 ) ・ 公費 ・ 自費 ・ その他	37 転 帰	治癒 ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医
	38 傷病の主たる症状及び経過	内服治療(鎮痛剤、筋弛緩剤、ビタミンB12)、外用薬、腰椎装具装着、神経ブロック注射、腰椎牽引などの理学療法などの保存的治療を行い、これらの保存的治療で改善しなかったため、手術適応となった。		
39 上記のとおり相違ありません。	平成 22 年 5 月 10 日 医療機関所在地 東京都千代田区神田〇-△-□ 医療機関名称 ○ △ □ ☆ 病院 医師の氏名 ● ▲ ■ ★ ( 担 当 医 ) TEL 22-2222-2222			

【医療機関担当医師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印(担当医師印)を押印して下さい。

※35労務不能と認めた期間欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた日を記入して下さい。(未末日付は不可)

※38傷病の主たる症状及び経過欄は、治療内容・検査結果・療養指導等を具体的に詳しく記入して下さい。

※内容により当組合(保険者)から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

受取代理人の欄	40 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	平成 年 月 日 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入して下さい。 ※給付金対象者が死亡の場合等に使用して下さい。 代理人 住 所 氏 名 印
41 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通 〇

## 下記の事項に該当した場合は、調整することとなります。

### ① 出産手当金との調整(出産手当金の支給優先)

※出産手当金受給中に傷病手当金の支給事由が発生した場合は、出産手当金の支給期間が満了するまで傷病手当金の支給は行われず、満了後、なお労務不能の場合に傷病手当金が支給されます。

※傷病手当金受給中に出産手当金の支給事由が発生した場合は、傷病手当金は支給停止となり、出産手当金の支給期間が満了した後、なお労務不能の場合は、引き続き傷病手当金が支給されます。なお、出産手当金を支給すべき期間に既に傷病手当金が支給されていた場合は、その傷病手当金は、出産手当金の内払いとみなし、その額だけ出産手当金の額が調整されます。

### ② 障害年金が障害手当金を受けられるようになった場合

※傷病手当金を受けられる期間が残っていても、同一の傷病等による障害年金が障害手当金を受けられるようになった場合は、傷病手当金は打ち切りとなります。ただし、障害年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

### ③ 老齢退職年金を受けられるようになった場合

※退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

### ④ 労災保険から休業補償給付を受けている場合

※労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の事由による病気やケガのため労務不能となった場合は、その期間中、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

**事業主の証明が必要となります。**  
※継続給付に該当の任意継続被保険者及び退職者は必要ありません。

【資格喪失後の継続給付】  
被保険者の資格を喪失した場合でも、資格喪失日(任意継続被保険者の資格を喪失した者は、その資格を取得した日)の前日まで被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日に傷病手当金の支給を受けているか、受けられる状態であれば、被保険者として受けることができるはずであった期間、引き続き支給を受けることができます。

**療養を担当した医師の証明が必要となります。**