



受付年月日	年 月 日	決 裁					台帳照合印
同 年 月 日	年 月 日	資 格 取 得	年 月 日				
決 裁 年 月 日	年 月 日	資 格 喪 失	年 月 日				
支 払 決 議 書	支 給 額	円	標 準 報 酬 月 額	千円			
	支 給 開 始	年 月 日	障 害 年 金 等	円(日額 円)			
	支 給 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)	全 部 一 部 不 支 給	期 間	年 月 日	日 間	円
	前 回	初 終 年 月 日	理 由	年 月 日	日 間	円	
			標 準 報 酬 日 額 (円)	・ 傷 手 金 日 額 (円)			

※ 請求期間の翌日以降に、その間に受診していた医療機関で医師の証明をもらってください。

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

デサント健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号	② 被保険者(請求者)の氏名・生年月日	年 月 日	③
	④ 被保険者(請求者)の住所	フリガナ 〒			
	⑤ 事業所の名称	⑥ 被保険者の資格取得日		年 月 日	
	⑦ 傷病名	⑧ 傷病または負傷 年 月 日	⑨ 業務の職種		
	⑩ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)	自 年 月 日	至 年 月 日	日 間	
	⑪ 上記の⑩の期間の傷病の状態を詳しく	⑫ 第三者行為によるものですか □いいえ □はい <small>「はい」の場合、「第三者行為による負傷届」を提出して下さい</small>			
	⑬ 上記の⑩の期間の報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	□受けた □受けられない □受けられない □受ける	⑭ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円	
	⑮ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		⑯ 基礎年金番号	
	任意継続者喪失被保険者	⑰ 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	□いいえ □はい □請求中		
		⑱ 年金コード又は記号番号若しくは番号	年 金 額		
年 金 の 合 計 金 額 円					

⑲ 保険給付金振込先	(銀行コード:) (支店コード:) 1: 普通	口座番号
	銀行 支店	口座名義(フリガナ)
⑳ 委任状	被保険者(請求者) 住所 _____ 氏名 _____	
	私は下記の代理人に保険給付金の受領に関する権限を委任します。 受領代理人 住所 _____ 氏名 _____ 電話 ()	

年 月 日提出

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

事業主が証明するところ	⑳ ⑩の期間のうち労務に服さなかった期間		㉑ 職場復帰しましたか		㉒ ㉑の期間に報酬を支給しましたか		
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	ただし(具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く	ア. 欠勤中(証明日現在) イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付で退職		(対象期間のうち) ア. 全部支給した イ. 一部支給した ウ. 支給しない	(1日あたり) エ. 全部支給した オ. 一部支給した カ. 支給しない	
	㉔ 報酬の支給形態		ア. 月給制 イ. 日給制 ウ. 時間給制				
	㉕ ㉑の期間中の分として支払う報酬 年 月 日 ~ 年 月 日 まで 金 円 (日額 金 円) (月 日支払い)						
㉖ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 名称 事業主氏名 電話 ()							

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉗ 傷病名					
	㉘ 発病または負傷の年月日	年	月	日		
	㉙ 療養の給付を開始した年月日	年	月	日		
	㉚ 発病または負傷の原因					
	㉛ 労務不能と認められた期間	年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	㉜ 上記の㉛の期間中の傷病の主状態及び経過概要	人工透析又は人工腎臓等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	年 月 日		
		人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工膀胱 ウ.人工関節 カ.人工透析 キ.その他()	エ.人工骨頭	オ.心臓ペースメーカー	
㉝ 上の期間中に入院した期間がある場合はその期間		㉞ 療養費用の別	健保	自費	公費 () その他	
㉟ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()						

【記入上の注意】

(被保険者の方へ)

- ア. ①は、健康保険の被保険者証に記載されています。
- イ. ⑨は、「事務員」「販売員」等、具体的に記入してください。
- ウ. ⑪は、1回目の請求は発病の状態又は負傷の原因を、2回目以降の請求は⑩の期間における状態を詳しく記入してください。
- エ. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による負傷届」が必要となりますので、健保組合までご連絡ください。
- オ. ⑬は、⑮欄で「はい」又は「請求中」に○を付けた方は、基礎年金番号を記入してください。
- カ. ⑯は、⑰欄で「はい」に○を付けた方のみ、老齢厚生年金の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号を記入してください。
- キ. ⑲～㉑欄〔保険給付金の振込先等〕について
 - (A) 振込先が被保険者（請求者）の口座の場合は⑲欄のみご記入下さい。
 - (B) 保険給付金受領代理人口座へ振込みを希望する場合は、㉑欄の委任状に被保険者（請求者）の住所、氏名を記入、押印のうえ受領代理人の振込先を記入してください。

(事業主の方へ)

- ク. ⑩、㉑の期間にかかる出勤簿（写）を添付してください。
- ケ. ⑩の請求期間が被保険者の資格を喪失した後の期間であるときは、事業主の証明は必要ありません。

(医師の方へ)

- コ. ㉒は、初診の日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。
- ク. ㉓は、なるべく詳しく記入してください。特に手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を記入してください。
人工透析又は人工腎臓等を装着したときは、実施日又は装着日を記入してください。
なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」を○で囲んでください。

(共通事項)

- シ. 訂正したところは、各記入者の氏名の横に押した印と同じ印を訂正印として押してください。
- ス. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。

(添付書類)

- セ. ⑮で、「はい」に○を付けた方
 - ・ 障害厚生年金の年金証書（写）、障害手当金決定通知書（写）、又はこれに準ずる書類（写）
 - ・ 直近の額を証明する書類（年金額決定通知書等）（写）
- ソ. ⑰で、「はい」に○を付けた方
 - ・ 厚生年金退職老齢年金の年金証書（写）又は、これに準ずる書類（写）
 - ・ 支給額と支給開始年月日を証明する書類（写）
 - ・ 直近の額を証明する書類（年金額決定通知書等）（写）
- タ. 退職（資格喪失）後も引続き傷病手当金の給付を受ける方
 - ・ 「雇用保険受給期間延長通知書」（写）

【傷病手当金の支給基準について】

1. 支給条件について

支給を受けられるのは、下記の4つの全ての条件に該当したときです。

- ① 病気・けがのため療養中であること（医師の証明が必要です。）
医師の指示のもと病気・けがのために療養しているのならば、自宅療養でもかまいません。
- ② 療養のため仕事につけないこと
病気・けがのためにこれまでやっていた仕事ができない場合。
- ③ 連続4日以上休んだとき
3日間は待期間として支給されません。4日目から支給されます。
- ④ 給料が支払われていないこと
事業主から給料が支払われている場合、その額が傷病手当金より多いときは支給されません。
給料のほうが少ないときは、その差額だけ支給されます。

2. 支給期間について

支給される期間は、支給開始日から1年6ヶ月間です。途中具合がよくなったため出勤した日があっても、支給開始の日から1年6ヶ月を超えた期間については支給されません。

3. 各種給付との併給について

- ① 失業給付を受ける方
雇用保険の失業給付を受ける方は、傷病手当金を受けることができません。
- ② 出産手当金を受ける方
傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合、その額が傷病手当金より少ないときのみ出産手当金が支給されます。
- ③ 老齢年金などを受ける方
退職後も継続して給付を受けている方が、老齢厚生年金などを受けられるようになった場合は、その額が傷病手当金より少ないときのみ差額が支給されます。
- ④ 障害厚生年金（障害基礎年金含む）、障害手当金を受けられるようになった場合は、その額が傷病手当金より少ないときのみ差額が支給されます。

4. 時効について

保険給付を受ける権利の消滅時効は2年となっています。保険給付の申請がなされなかった場合、2年が経過すると時効となり給付を受ける権利を失うことになります。

（※起算日の計算は労務につかなかった日ごととし、その翌日が起算日となります。）