

請求日は、医師証明日かつ請求期間より後の日付になります。

格喪失日:

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

(第●●回目)

●●●●年 ● 月 ● 日 請求

被保険者証 記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケンボ	タロウ
	●●	●●●●	被保険者氏名 (自署)	健保 太郎	
住所 電話番号	〒 (●●● - ●●●●) 東京都千代田区永田町 ●-●●-●			日中連絡可能な電話番号: 090 (●●●●) ●●●●	
	メールアドレス:				
被保険者の 業務の種類	営業	会社名	●●生命保険株式会社		
		支社・チーム名	●●支社		
傷病名	脳梗塞	発病・負傷日	●●年	●月	●日
		療養開始日	●●年	●月	●日
発病または 負傷の原因	中大脳動脈の動脈硬化が進行し、血栓を形成して脳梗塞を発症 (原因がわからない場合は☑) <input type="checkbox"/> 原因不詳				
傷病による症状 (詳しく) * 病名・治療内容 ではありません	病名・治療内容ではなく、今回の申請期間中の労務することができない具体的な症状・頻度及び理由を記入してください(例:「電車に乗るとパニックとなり出社できない」「薬の副作用で一日中めまいがする」など) 具体的な症状: ●●年●月●日に自宅で倒れ、救急車で●●病院へ緊急入院した。検査の結果、上記の診断を受け、リハビリを続けているが、右半身が麻痺している。今回請求期間はリハビリの効果もあり、右腕の可動範囲は広がったが、依然として歩行が困難であり、記憶力も完全に戻っていないため、営業活動ができず、労務不能であった。				
労務に服することが できなかった 期間(請求期間)	(原則として1ヶ月単位で申請してください) 年 月 日から 年 月 日まで (日間)				
請求期間分の報酬を受けましたか、 また受けられますか*	<input type="checkbox"/> 受けた (受けられる)		<input type="checkbox"/> 受けない (受けられない)		
する ところ	㉔ 障害厚生年金・障害手当金を 受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中	㉔で「はい」「請求中」の場合 支給事由の傷病名		
	㉕ 老齢また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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中	㉔・㉕で 「はい」「請求中」 の場合 年金(予定)額 月 日 円		
第1回目請求時に ご記入ください	旧加入 健保情報	①旧加入 ②電話番号 ③記号番号: ④加入期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 * ①②が不明な場合は旧健保に替えて旧勤務先を記入: 当組合加入前の保険者へ照会することがあります。 当健保加入前に傷病手当金を受給したことがありますか			
	業務上または通勤途 上の疾病・負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合→事業主に報告の (労災対象の場合は健保組合へ)		
	第三者行為(交通事故 等)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者行為に起因している場合、 康保険から支給されず、被害者等		
	振込先 口座 (銀行コード:	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義
		2回目以降は記入不要です。初回に記入された口座に振り込みます。 口座を変更したい場合は、健保組合へご連絡ください。			被保険者名義

- * 網掛け部分について、被保険者自らご記入ください
- * 振込口座は、2回目以降は記載不要です。継続して支給する場合は、原則、1回目に記入された口座に振り込みます
・対象期間の報酬の全部又は一部を受けたとき(又は受けることができる)の報酬額及び期間は、
資金台帳(写)等で確認させていただきます
- * 「診療報酬明細書」等で診療内容が確認できない場合には、療養状況や日常生活状況等を報告して
いただくことがあります
- * 保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください
- * この申請書は両面印刷をしないでください

受付日付印

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

被保険者証 記号 - 番号		—		被保険者氏名		
・支給対象期間における「暦日の出欠勤がわかる書類」が必要です。申請者又は所属長や会社担当部署で手配してください。 ・報酬支給額に係る欄を別紙で提出される場合は、枠内に『別紙参照』などと記入してください。		年 月 日 から		年 月 日 まで (日間)		
		対象とした報酬はない。(確認のうえ口に✓するなどしてください)				
事業主が証明・確認する欄		年 月	金額(円)	支給対象期間		特記事項
		年 月		年 月 日 ~	年 月 日	
		年 月		年 月 日 ~	年 月 日	
		年 月		年 月 日 ~	年 月 日	
		年 月		年 月 日 ~	年 月 日	
		年 月		年 月 日 ~	年 月 日	
		年 月		年 月 日 ~	年 月 日	
支給した場合は、別紙にて提出してください。		(報酬に係る証明欄については、別紙による提出が可能です。但し、報酬の期間・報酬額を上と同様形式で作成の上、証明ください)				
現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨						
確認書類		・タイムカード*写し等の出欠勤管理表の提出期間: 年 月分 ~ 年 月分 ※第一回目請求時のみ、3か月前からの出勤簿をご提出ください。 ・その他書類()				
休職発令期間 復職(予定)日		年 月 日 ~ 年 月 日 休職(予定) 年 月 日 復職(予定)				
上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日				
事業所名称 事業主氏名 プルデンシャル健康保険組合 理事長殿		事業主の証明は、会社担当部署がおこないます。 会社担当部署へ送付してください。				

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

対象者氏名	生年月日		S H	年	月	日
傷病名	氏名、生年月日に誤りがないか確認してください		療養給付開始日 (初診日)	年	月	日
発病または負傷の原因	発病または負傷年月日			年	月	日
労務不能と認められた期間	年 月 日から		左の期間中の 診療実日数	日間		
	年 月 日まで (日間)		0日の場合は その理由			
上記期間中の入院期間	年 月 日から	療養費用	転	治癒・中止 継続・転医		
診療日及び入院していた日を○で囲んでください	月	1 2 3 4 5 6 7 8	労務不能日数、診療実日数に誤りがないか確認してください。			28 29 30 31
	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	診療実日数が0日の場合は、その理由を記入してください。			
	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				
医師が記載するところ	投薬の有無	投薬状況	通院指導の有無	通院指導状況		
	労務不能と認められた期間中の投薬状況と通院指導の有無	3ヶ月を超えて証明する場合は、 当用紙をコピーしてご記入ください。	日(日分) 日(日分) 日(日分)	あり・なし	週/ 回	
今回の労務不能期間中の「主たる病状及び経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等(詳しく)	「なし」の場合の理由					
	(傷病手当金の支給・不支給を判断する上で大変重要になりますので、できるだけ詳しくご記入ください)					
	病状及び経過 治療内容 前月の症状との比較					
症状経過からみて、今回の期間に労務不能と認められた医学的な所見	(被保険者が従事していた本来の業務と同等の業務が可能か否かをご考慮のうえ、ご記載ください)					
治療終了見込時期や就労可能時期について	治療終了見込時期 <input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 現段階では未定		健康保険法施行規則第84条により、傷病手当金の支給を受けようとする者は、「労務に服することができなかった期間、疾病または負傷の発生した年月日、原因、主症状、経過の概要に関する医師の意見書を添付しなければならない」と規定されており、当欄の証明は省略することができません(診断書等の代用は不可)			
上記のとおり相違ありません。	医療機関所在地		電話番号 ()			
	医療機関名称					
	担当医師氏名					

※3か月を超えて証明する場合は、当用紙をコピーしてご記入ください

傷病手当金申請チェックシート

「傷病手当金・傷病手当金付加金請求書」と一緒に提出してください。

	チェック項目	チェック欄
申請者 チェック欄	請求書の「被保険者が記入するところ」に記入漏れはありませんか？ * 記入漏れがあると支給が遅れることがあります。	<input type="checkbox"/>
	訂正がある場合、訂正された箇所に訂正の署名または訂正印を押していますか。 * 「医師が記載するところを」を訂正する場合は医師の署名または訂正印が必要となります。	<input type="checkbox"/>
	被保険者本人が記入しましたか？氏名欄は被保険者本人の自署が必要となります。 * どうしても記入できない事情があるときは健保組合に事前にご連絡ください。別途、書類が必要となります。	<input type="checkbox"/>
	「傷病による症状を詳しく」の欄に病名や治療内容を記入していませんか？ この欄には申請期間中、どのような症状のため労務することができなかつたかを、具体的にご記入ください。	<input type="checkbox"/>
	① 「労務に服することができなかつた期間」の欄が記入されていますか？原則、1 か月単位で請求してください。 職種によって請求単位月が変わります。 例：<POJの場合> ◆キャリア LP、所長、支社長 ○月 16 日～○月 15 日 ◆TAP 中 LP、内勤社員 月初～月末 ・上記は基本例となります。記入時は実際の労務不能の日付をご記入ください。 ・数か月分をまとめて請求された場合、質問書を送付いたします。 ・請求期間にかかる賞与が発生する可能性がある場合、賞与額確定後の支給となるため、支給決定に時間がかかることがあります。	<input type="checkbox"/>
	今回の申請は労災、通勤災害、第三者行為によるものではないですか？	<input type="checkbox"/>
	障害、老齢等を事由とする年金受給の有無欄は記入されていますか？ (障害・老齢を事由とする年金等を受給されている場合には、年金額がわかる書類をご提出していただく場合があります。また傷病手当金と併給調整される場合があります)	<input type="checkbox"/>
	② 1 回目の請求ですか？1 回目の請求は賃金台帳や病院からのレセプト(診療報酬明細)の確認など、審査に必要な書類を集めるのに時間がかかるため、支給決定に時間がかかることがあります。	<input type="checkbox"/>
	③ 「医師が記載するところ」は、主治医等に漏れなく記入してもらっていますか？ * 生年月日、名前間違いが散見されます。もう一度確認をお願いします。 【健康保険法規則第 84 条第 2 項】(診断書での代用は不可)	<input type="checkbox"/>
	④ 少なくとも月に1回以上治療を受けていますか？ * 月に1回以上治療を受けていない場合、理由を被保険者と医師に文書で質問します。支給決定に時間がかかることがあり、不支給となる場合もあります。	<input type="checkbox"/>

チェック項目を確認し、記入漏れ・書類の添付漏れがないことを確認しました。

同意書

プルデンシャル健康保険組合御中

私は傷病手当金請求に際して、以下のことに同意します。

- 貴健保組合が必要な事実確認のために、私が提出した申請書の記載内容に基づいて、私の資格取得前の健康保険加入先、受診医療機関及び医師、調剤薬局、事業主、産業医、損害保険会社等に対して診療内容や勤務状況、給付履歴等に関する照会を行い、当該者が照会に対する回答をし、その提供を受けること
- 貴健保組合が照会先に当同意書(写)を提示すること

署名日： 年 月 日

被保険者住所：

被保険者氏名(自署)：

健康保険法 施行規則 第八十四条（傷病手当金の支給の申請）【抜粋/要約】

傷病手当金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

- 一 被保険者証の記号及び番号
 - 二 被保険者の業務の種類
 - 三 傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日
 - 四 労務に服することができなかった期間
 - 五 被保険者が報酬の全部又は一部を受けることができるときは、その報酬の額及び期間
 - 六 傷病手当金について、障害厚生年金又は障害手当金の別、その額、支給事由である傷病名、障害厚生年金又は障害手当金を受けることとなった年月日並びに障害厚生年金を受けるべき場合においては、基礎年金番号及び当該障害厚生年金の年金証書の年金コード（年金の種類及びその区分を表す記号番号をいう。以下同じ。）
 - 七 傷病手当金について、老齢退職年金給付（以下単に「老齢退職年金給付」という。）の名称、その額、当該老齢退職年金給付を受けることとなった年月日、基礎年金番号及びその年金証書又はこれに準ずる書類の年金コード又は記号番号若しくは番号
 - 八 傷病手当金について、受けることができるはずであった報酬の額及び期間、受けることができなかった報酬の額及び期間、報酬を全部又は一部受けた場合において、受けた傷病手当金の額並びに報酬を受けることができなかった理由
 - 九 労務に服することができなかった期間中に介護保険法 の規定による居宅介護サービス費に係る指定居宅サービス、特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、施設介護サービス費に係る指定施設サービス等、特例施設介護サービス費に係る施設サービス、介護予防サービス費に係る指定介護予防サービス又は特例介護予防サービス費に係る介護予防サービス若しくはこれに相当するサービスを受けたときは、同法 に規定する被保険者証の保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称
- 2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
 - 一 被保険者の疾病又は負傷の発生した年月日、原因、主症状、経過の概要及び前項第四号の期間に関する医師又は歯科医師の意見書
 - 二 前項第四号、第五号及び第八号に関する事業主の証明書
 - 3 前項第一号の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。
 - 4 療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を受けることが困難であるため療養費の支給を受ける場合においては、傷病手当金の支給の申請書には、第二項第一号の書類を添付することを要しない。この場合においては、第一項の申請書にその旨を記載しなければならない。
 - 5 第一項の申請書には、次の各号に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める書類を添付しなければならない。
 - 一 同一の疾病又は負傷による障害厚生年金の支給を受けることができるときは、障害厚生年金の年金証書の写し、障害厚生年金の額及びその支給開始年月を証する書類並びに障害厚生年金の直近の額を証する書類
 - 二 同一の疾病又は負傷による障害手当金の支給を受けることができるときは 障害手当金の支給を証する書類
 - 三 法第八十八条第四項 の規定に該当する者 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し、その額及びその支給開始年月を証する書類並びにその直近の額を証する書類
 - 6 法第八十八条第三項 に規定する合計額が同項 に規定する障害手当金の額に達したことにより傷病手当金の支給を受けるべきこととなった者は、第一項の申請書に次に掲げる書類を添付しなければならない。
 - 一 障害手当金の支給を受けた日から当該合計額が当該障害手当金の額に達するに至った日までの期間に係る第一項第四号に掲げる期間及びその期間に受けた報酬の日額に関する事業主の証明書
 - 二 前号に規定する第一項第四号に掲げる期間に係る第二項第一号に掲げる書類
 - 7 （略）

ブルデンシャル健康保険組合

P 健-9①(2023.4)