【 提出先：申請者 ⇒ 会社担当部署 ⇒ 健保組合 】

健保使用欄
資格取得日：　　資格喪失日：

※請求書は、原則１か月ごとに用紙を分けてください。

# 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

（第　　回目）　　年　　月　　日 請 求

**被保険者の記入するところ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 番号 | フリガナ | |
| | | | 被保険者氏名（自 署） | |
| | | | 生年月日 | □S　□ H　　年　　月　　日生 |
| 住　所<br>電話番号 | 〒（　　ー　　）<br>日中連絡可能な電話番号：　　（　　）<br>メールアドレス： | | | |
| 被保険者の業務の種別 | | | 会社名 | |
| | | | 支社・チーム名 | |
| 傷 病 名 | | | 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 | ※明確な発病または負傷の原因がない場合に限り「不詳」とご記入ください | | | |
| 傷病による症状・医師の指導に基づく請求期間の療養状況 | 具体的な症状<br>［　　］<br>受診と治療の内容<br>□受診のみ　□受診と服薬　□受診なし服薬のみ　□その他（　　）<br>薬を処方されている場合、医師の指示通り服用していますか<br>□服用している　□時々服用している（理由：　　）<br>□服用していない（理由：　　）<br>どのような療養指導を受けているか、具体的にご記入ください<br>［　　］ | | | |
| 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）<br>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※ | □ 受けた（受けられる）　□ 受けない（受けられない） | | | |
| Ⓐ障害厚生年金・障害手当金を受給していますか | □いいえ<br>□はい<br>□請求予定 | Ⓐで「はい」「請求予定」の場合　傷病名をご記入ください | | |
| Ⓑ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 | □いいえ<br>□はい<br>□請求予定 | Ⓑで「はい」「請求予定」の場合　受給開始日・金額をご記入ください | 年　　月　　日<br>円 | |

## 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。

1.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
2.貴健康保険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　　被保険者氏名（自署）：

**《第１回目請求時にご記入ください》**

| | | |
|---|---|---|
| プルデンシャル健保組合に加入前の健康保険について記入してください（□に✓チェック） | □（　　）健康保険組合<br>□ 全国健康保険協会（都道府県名：　　）<br>□ 国民健康保険 | 企業名（勤務先）<br>［　　］<br>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 | □ある　□ない | |
| 業務上または通勤途上の疾病・負傷ですか | □はい<br>□いいえ | 「はい」の場合→事業主に報告のうえ、労災申請を行ってください（労災対象の場合は健康保険対象外です） |
| 第三者行為（交通事故等）によるものですか | □はい<br>□いいえ | 第三者行為に起因している場合、原則として医療費や傷病手当金等は、健康保険から支給されず、被害者等から加害者への請求となります |

**振込先口座**

| 金融機関名 | 支 店 名 | 口座番号 | 被保険者口座名義 |
|---|---|---|---|
| 銀行<br>信用金庫<br>（銀行コード：　　） | 支店<br>（支店コード：　　） | 普通預金 | カタカナでご記入ください |

《注意》ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外に使用いたしません。上記に記載した内容について、後日、虚偽および誤記載であることが判明した場合、遡って支給した金額を返還請求いたします、記載誤りや漏れがないよう再度確認してください。



受付日付印

# 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

事業主が証明・確認する欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者等<br>記号 － 番号 | ― | 被保険者氏名 | |
| 労務に服さなかった期間 | 年　月　日 から<br>年　月　日 まで　（　日間） | | |

報酬について

□ 上記期間を対象とした報酬はない。（確認のうえ□に✓するなどしてください）

上記期間を対象として、報酬を全額または一部支給した場合又は支給する場合

| 報酬支給年月 | 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 | |
| 年　月 | | 年　月　日～　年　月　日 | |
| 年　月 | | 年　月　日～　年　月　日 | |

（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 | ・ﾀｲﾑｶｰﾄﾞ写し等の出欠勤管理表の提出期間：　年　月分～　年　月分<br>※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。<br>・その他書類（　） |
| 休職発令期間<br>復職（予定）日 | 年　月　日～　年　月　日休職（予定）<br>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

# 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

※楷書で読みやすい文字でご記入願います。

医師が記載するところ

| | | | |
|---|---|---|---|
| 対象者氏名 | | 生年月日 | S<br>H　　年　　月　　日 |
| 傷　病　名 | | 療養給付開始日<br>（初診日） | 年　　月　　日 |
| 発病または<br>負傷の原因 | | 発病または<br>負傷年月日 | 年　　月　　日 |
| 労務不能と<br>認めた期間 | 年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで（　　日間） | 左の期間中の<br>診療実日数 | 日間 |
| 診療実日数<br>0日の場合 | ※診療日数0日ですが、労務不能と判断された理由をご記入ください。 | | |
| 上記期間中<br>の入院期間 | 年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで(　　日間) | 療養費用<br>の別 | 健保・自費<br>公費・その他 | 転帰 | 治癒・中止<br>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 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 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 |
| | 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 |

| **労務不能と認めた期間中**の投薬状況と通院指導の有無 | 投薬の有無 | 投薬状況 | 通院指導の有無 | 通院指導状況 |
|---|---|---|---|---|
| | あり・なし | 月　日(　日分)<br>月　日(　日分)<br>月　日(　日分) | あり・なし | 週/　回 |
| | 「なし」の場合の理由 | | 「なし」の場合の理由 | |

| | |
|---|---|
| **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) | **（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）**<br>病状及び経過<br>治療内容<br>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**医学的所見 | **※患者の状態を検査結果・投薬状況や医学的所見などと合わせて詳しくご記入ください**<br>**※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<br>就労可能時期について | 治療終了見込時期<br>□　　年　　月頃　　□現段階では未定<br>医学的見地から就労可能時期について<br>□　　年　　月頃　　□現段階では未定<br>（その理由） |

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名称

担当医師氏名　　電話番号　（　　）

※請求書は症状の変化に伴う労務不能状態を明らかにするため、数ヵ月分をまとめることなく1ヵ月単位でご記入ください。
※記入内容について、後日健康保険組合から、詳細をお伺いすることがありますので、その際はご協力お願いします。

健保使用欄

# 傷病手当金のご請求前に必ずご確認ください

| | |
|---|---|
| 目的 | 業務外の病気やけがで被保険者が療養のために続けて3日以上仕事を休み、給与が受けられないときなどに申請する手続き。（業務が原因でのけがや病気は対象外） |
| 支給条件 | **1．業務外の病気やけがで療養中であること。**<br>**2．連続で3日以上仕事を休んでいること。**<br>仕事に就くことができなくなってから休んだ日が連続して3日以上あり、4日目から支給対象。<br>休み始めの3日間は「待機期間」と言い、傷病手当金の支給対象外。<br>**3．請求期間について医師が労務不能と認めていること。**<br>**4．給与・報酬の額が傷病手当金の額未満であること。** 請求書を提出されても、医師の指示にもとづく療養状況を総合的に判断し支給可否を決定するため、不支給となる場合もある。下記「**※1内容審査**」を参照。 |
| 支給期間 | 支給日より支給条件を満たしている日について支給。（通算して1年6ヵ月に達するまで） |
| 支給額 | 1日につき支給開始日の属する月以前の直近の継続した12ヵ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2相当額。 ただし、支給開始月以前に標準報酬月額が定められている月が12ヵ月継続していない場合は、次の いずれか少ない額の3分の2に相当する額。 ①支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額 ②支給開始日の属する年度の前年度の9月末における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額を報酬月額とみなしたときの標準報酬月額の30分の1に相当する額<br>当組合では、付加金があり、休業1日につき直近 12 ヵ月間の標準報酬月額平均額÷30×20%相当額となります。<br><br>支給の条件<br>【注意】●給与、同一の傷病等による障害年金または障害手当金、老齢年金、第三者行為による相手方(保険会社含む)からの休業補償、出産手当金等の給付がある場合、傷病手当金の支給はありません。（傷病手当金の支給額が上回っている場合はその差額を支給） 年金・休業補償等受給に至った場合は、速やかに連絡してください。労基署等へ受給状況の確認を行うこともあります。●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とき）の報酬額及び期間は、賃金台帳(写)等で確認させていただきます。 |
| 請求期間 | 「労務に服することができなかった期間」は、**原則、1 か月単位で請求してください。**<br>職種によって請求単位月が変わります。<br><br>例：＜POJ の場合＞<br>◆キャリア LP、所長、支社長　〇月 16 日～〇月 15 日<br>◆TAP 中 LP、内勤社員　月初～月末<br><br>・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。<br>・数か月分をまとめて請求された場合、※1内容審査（質問書を送付等）いたします。<br>・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。 |
| **※1<br>内容審査** | (1)健保組合に書類到着後、支給可否について健康保険法に基づき内容審査(※1)を実施。<br>(2)健保組合に書類到着後 (1)で支給妥当と判断した申請について支給する。(不備のない場合)<br>※1　内容審査…疾病・負傷の症状、医療機関への受診（投薬）状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、傷病手当金請求書の医師意見欄だけでは支給可否が判断できない場合には、診療報酬明細書（レセプト）の確認、医師、前保険者等に照会。内容審査には時間がかかるため、支給が数ヵ月遅れる場合があります。<br>また、医師から通院の指示が出されているにもかかわらず、指示通り受診していない場合、医師が薬による治療を必要とし、処方箋が交付されているにもかかわらず、薬を購入せず、服薬していない等、治療に専念していない状況が見受けられた場合は、傷病手当金が支給されないことがあります。また遡って判明した場合、手当金を返還していただくことになります。 |

**＜提出前に最終確認をしてください＞**

※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。
※「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？【健康保険法規則第 84 条第 2 項】（診断書での代用は不可）
（生年月日、名前の間違いが散見されます。もう一度確認をお願いします）
※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。

【資格喪失後の給付について】
被保険者期間が1年以上※あったものが傷病手当金を受給している間に資格喪失し、継続して労務不能と認められる場合は通算して1年6ヵ月を限度に受給することができる。被保険者期間が1年未満であるものが傷病手当金を受給している間に資格喪失したときは、退社日までの支給となる。
※当組合加入前、健康保険の被保険者であった期間が1日も空けずに継続していれば通算可。ただし国民健康保険、共済組合、任意継続被保険者の期間を除く。