

【提出先:申請者 ⇒ 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【退職者用】

(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)			
	住 所 電話番号	〒 ( )		生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日生	日 請求
	被保険者の 業務の種類			会社名			
	傷 病 名			支社・チーム名			
	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 [ ] 受診と治療の内容 <input type="checkbox"/> 受診のみ <input type="checkbox"/> 受診と服薬 <input type="checkbox"/> 受診なし服薬のみ <input type="checkbox"/> その他( ) 薬を処方されていない場合、医師からは理由をどのような説明を受けていますか (理由: )					
	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)					
	④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"/> 請求予定		④で「はい」「請求予定」の 場合 傷病名をご記入くだ さい			
	⑤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"/> 請求予定		⑤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 円	
<b>同意書</b>							
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)	<input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 企業名(勤務先) (都道府県名: ) [ ] <input type="checkbox"/> 国民健康保険 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 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	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	<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、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 信用金庫	支 店		普通預金		カタカナでご記入ください	
	(銀行コード: )	(支店コード: )					

《注意》ご記入いただいた個人情報、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。

P 健-9B-1 (2024.12)

受付日付印

# 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

医師が記載するところ	対象者氏名			生年月日	S H	年	月	日																									
	傷病名			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		年	月	日まで ( 日間)	左の期間中の 診療実日数	日間																							
	診療実日数 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 の入院期間	年	月	日から		療養費用 の別	健保・自費 公費・その 他	転 帰	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	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
	労務不能と認められた期間 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)		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)																																
	病状及び経過																																
	治療内容																																
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	前月の症状との比較																																
	※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 ※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		□ 年 月頃		□ 現段階では未定																												
	医学的見地から就労可能時期について		□ 年 月頃		□ 現段階では未定																												
	(その理由)																																
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関所在地						年		月	日																								
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、その際はご協力をお願いします。

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	<p>1. 業務外の病気やけがで療養中であること。</p> <p>2. 連続で3日以上仕事を休んでいること。 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。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。</p> <p>3. 請求期間について医師が労務不能と認めていること。</p> <p>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。</p>
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カ月に達するまで)
支給額	<p>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カ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、支給開始日以前に標準報酬月額が定められている月が12カ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</p> <p>当組合では、付加金があり、休業1日につき直近12カ月間の標準報酬月額平均額÷30×20%相当額となります。</p> <p>支給の条件</p> <p>【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。</p>
請求期間	<p>「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。 職種によって請求単位月が変わります。</p> <p>例: &lt;POJの場合&gt; ◆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</p> <p>・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、※1内容審査(質問書を送付等)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。</p>
※1 内容審査	<p>(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。 (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)</p> <p>※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、支給が数か月遅れる場合があります。</p> <p>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。</p>
<提出前に最終確認をしてください>	
<p>※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)</p> <p>(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)</p> <p>※訂正がある場合、訂正された箇所には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。</p>	
<p>【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か月を限度に受給することができます。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ります。</p> <p>※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きます。</p>	