

※用紙はA3サイズに拡大して出力願います。

支給を受けられるのは、以下の4つのすべての条件に該当したときです。

1. 病気・けがのための療養中のとき

病気・けがのため療養しているのであれば、自宅療養でもよいことになっています。

2. 療養のために仕事につけなかったとき

病気・けがのために、今までやっていた仕事につけない場合をいいます。

3. 連続3日以上休んだとき

3日以上連続して休んだ場合で、4日目から支給されます。はじめの3日間は待期といい、支給されません。

4. 給料等をもらえないとき

給料等をもらっても、その額が傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます。

傷病手当金を請求される方への注意事項

傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付(医療機関での治療・投薬等)を行い、療養に専念した上で病気やけがを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であるため、「療養の給付をなすこと」が必要です。

《正しい療養とは》

1. 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する。
2. 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する。

注：健康保険法第99条で傷病手当金の支給額および支給期間について規定されていますが、その趣旨としては疾病または負傷に対する療養の給付あるいは療養費の支給等の保険給付により、労働力の早期回復を図ることをその主目的のひとつとしていることから、正当な理由もなく自己判断で受診を中断したり、処方箋が交付されているにもかかわらず服薬しない等、「正しい療養」をされていないと考えられる場合は傷病手当金が支給されないことがあります。

真に労務ができない場合であっても、医師の指示等に従わない方は「正しい療養」として認めることができませんので、ご注意ください。

傷病手当金 請求書
傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金

きんでん健康保険組合理事長 殿					請 求 年 月 日	第 回 目	令 和	年	月	日	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等	記 号		氏 名	(年 月 日生)					㊞	
		番 号									
	住 所	(郵便が届くように書いて下さい) 〒 (-)									
	所 属 事 業 所										
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	傷病の療養のため 労務に服することが できなかった期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間					
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因 (くわしく)										
	上記の療養のため休んだ 期間(申請期間)に報酬 をうけましたか？	() はい () いいえ	「障害厚生年金」 または「障害手当金」 を受給しますか？		() はい () いいえ	業務上もしくは 通勤途上での 傷病ですか？	() はい () いいえ				
委 任 状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 傷病手当金・傷病手当金付加金・延長傷病手当金 付加金 の受領を委任します。 令和 年 月 日 被保険者 氏 名										
請求が退職後の場合		支払希望の 銀 行 名		銀行 支店〔 普通 No. 〕							

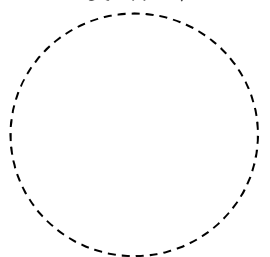
療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名			転記	治癒 ・ 継続 転医 ・ 中止 (○でかこんで下さい)		
	療養の給付 開始年月日	年	月	日	発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因						
	傷病の 主症状及び 経過の概要 その他 参考事項						
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から	日間	左の期 間中の	診療実日数	日	
		令和 年 月 日まで			最終診療日	月 日	
	うへの期間中 の入院期間	令和 年 月 日から	日間	入院費 用の別	健保 ・ 自費 ・ 公費		
令和 年 月 日まで		(○でかこんで下さい)					
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 TEL () 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 印							

注：被保険者が死亡し、未請求の手当金がある場合の請求方法は、健保組合へお問い合わせ下さい。
年月日を記入する箇所についてはすべて**和暦**にて作成願います。

令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	左記期間の 内訳は下記 のとおりである	出勤簿 確認者 印	所属 長		担 当 者							
年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月																
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
月																
年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月																
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
月																
うへの期間中に報酬を支給したとき又は支給するときはその額と支給期間及び支給日数				令和	年	月	日から	日間	支給総額		円					
				令和	年	月	日まで	日間	支給日額		円					
				令和	年	月	日まで	日間	支給総額		円					
				令和	年	月	日まで	日間	支給日額		円					
会 社 名																
事業主																
令和	年	月	日	代表者名												
㊞																

健康保険組合処理欄	支給額の計算				傷病手当金	円 × 2/3 × 日 = 円		支給期間	傷病手当金	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	
						円 × × 日 = 円			傷病手当付加金	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	
						円 × × 日 = 円				延長傷病手当付加金	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
						円 × (85/100-2/3) × 日 = 円					待期期間と日数	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで
					円 × × 日 = 円		傷病手当支給開始日	令和 令和	年 年	月 月		日 日	残日数	日	
					円 × × 日 = 円			延長傷手の前回までの支給期間と回数	令和 令和	年 年		月 月	日から 日まで	回	
					手当 延長 傷病 加金	円 × 0.8 × 日 = 円			傷病手当金の支給満了予定日	令和 令和		年 年	月 月	日 日	
						円 × × 日 = 円		延長傷手の期間満了日		令和 令和		年 年	月 月	日 日	
						傷病手当金	円		平均標準報酬月額	円	係	係	係	資格照合	入力日
	傷病手当付加金	円	常務理事	事務長											
	延長傷病手当付加金	円													
	合計	円													
	資格取得日		年 月 日	備考											
	資格喪失日		令和 年 月 日												

受 付 印

[illegible]

(2024.11)