

傷病手当金（付加金）請求書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	—	②被保険者（請求者） の氏名と印		③ 印	
	④被保険者（請求者） の現住所	(〒 —)				
	⑤事業所の名称					
	⑥被保険者の資格を 取得した年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	⑦被保険者の 業務の内容
	⑧発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	⑨傷病名
	⑩発病時の状況を詳しく 記入してください。（自宅療 養の場合は休業を指示された 時の状況も詳しく記入の事）					
	⑪療養のために休んだ期間 （申請期間） <small>※1枚の請求書で申請できる期間は 1.5か月まで。それを超えた時及び 休業が引続く時は各月毎に分ける事</small>	令和	年	月	日から	⑫第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は第三者行為に よる傷病届を提出してください。
		令和	年	月	日までの	
	⑬療養のために休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。 今後受けられますか。			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 今後受けない	
	⑭上記で「受けた」「今後受ける」と答えた場合、その報酬の額と 支払の基礎となった（なる）期間を記入してください。	令和	年	月	日から	円
	令和	年	月	日まで		
⑮「障害(厚生)年金」または「障害手当金」を受給又は請求手続きしていますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。			<input type="checkbox"/> はい 又は 請求中 (<input type="checkbox"/> 障害(厚生)年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金) <input type="checkbox"/> いいえ			
⑯上記で「はい」または「請求中」と答えた方 ⑯-① 受給の要因となった傷病名を記入してください。						
⑯-② 基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。 （「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。）	基礎年金番号		年金コード			
	支給開始年月日		年金額			
	昭・平 令	年	月	日	円	
⑰資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢 または退職を事由とする公的年金を受給又は請求手続きしていますか。			<input type="checkbox"/> はい 又は 請求中		<input type="checkbox"/> いいえ	
⑱上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始日、年金額を記入してください。（「請求中」と答えた場合は、基礎年金 番号のみを記入してください。）	基礎年金番号		年金コード			
	支給開始年月日		年金額			
	昭・平 令	年	月	日	円	
⑲振込希望の銀行	ご本人名義の振込先をご記入ください。（申請期間時に在職中の方は給与払いのため記入不要）					
	銀行	支店	フリガナ			
	口座番号	普通・当座	口座名義			

令和 年 月 日 提出

受付印

R4.2

委 任 状	<p>⑳ この保険給付の受領を下記の者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>委任する者の氏名.....印</p> <p>委任を受けた者の氏名.....印</p>
-------------	--

健保使用欄

※請求用紙は A3 サイズで 1 枚あるいは A4 サイズで左右各 1 枚として作成の事

労務に服することができなかつた期間(休業期間)を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等を記入してください。

		②請求期間の勤務状況（出勤は○で、有給は△、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください）。																														出勤	有給			
		年 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	計	日	日
		年 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	計	日	日
事業主が証明するところ	② 休業が自宅療養の時、申請期間の休業についての診断書の提出を事前に受けていますか、診断書の確認はしましたか □はい（ 月 日までの休業予定） □いいえ（ ）		⑤賃金計算																																	
	③ 休業期間に対して、賃金（定期代等前払い交通費含む）を支給しました（します）か？ □はい □いいえ		締日	日																																
	④ 休業期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。		支払日	日																																
支給した（する）内訳	区分	期間	単価	月 日	月 日	※賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。																														
	基本給		円	～	～		円																													
	通勤手当		円				円																													
	手当		円				円																													
	手当		円				円																													
	手当		円				円																													
	現物給与		円				円																													
計					円																															
⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日	担当者氏名																															
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				印	電話	- -																														

療養担当者が意見を記入するところ	⑦ 患者氏名		※「労務不能と認めた日」は、記入日より未来の証明は受付できません																															
	⑧ 傷病名 (休業原因傷病の主たるものから順に)	(1)	⑨療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成・令和 年 月 日																														
		(2)		(2) 平成・令和 年 月 日																														
		(3)		(3) 平成・令和 年 月 日																														
	⑩発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 発病・負傷	⑪発病または負傷の原因																															
	⑫労務不能と認めた日または期間 (期間の時は自至の日を丸の上線で結んでください)	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	
	⑬上記のうち入院期間	令和 年 月 日 から	日間	⑭療養費用の別	健保 自費 公費 () その他																													
		令和 年 月 日 まで		⑮転 帰	治ゆ 繰越 中止 転医																													
	⑯診療実日数	日	診察日を○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
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
⑰労務不能と認めた日及び間における「主たる症状及び経過」等、詳しくご記入ください。※この期間の「治療内容、検査結果、療養指導」など																																		
⑱症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見を具体的にご記入ください。																																		
⑲人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日		昭和・平成・令和 年 月 日																															
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 ()																																
⑲上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日																															
医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名			印	電話	-	-																												

同意書

日本レストランエンタプライズ健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- * 私が、以前及び現在受診している医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等が日本レストランエンタプライズ健康保険組合に対して回答すること。

- * 私が、以前加入していた保険者（健康保険組合等）に対し、私にかかる資格及び給付歴等の照会を行い、照会を受けた保険者が日本レストランエンタプライズ健康保険組合に対して回答すること。

- * 私が、以前在職していた勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が日本レストランエンタプライズ健康保険組合に対して回答すること。

- * 私が、日本レストランエンタプライズ健康保険組合の照会に対して回答した文書および書面を、日本レストランエンタプライズ健康保険組合が私の記入したことの事実の確認のために、以前または現在受診している医療機関及び勤務先等に提示し、提示を受けた医療機関及び勤務先等が日本レストランエンタプライズ健康保険組合に対して回答すること。

※ 紹介先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

※ 支給決定上、必要がある場合は、随時、意見照会することについても同意します。

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

傷病手当金を請求される方への注意事項

傷病手当金は、「病気やケガで会社を欠勤したら給料の代わりに絶対もらえるもの」ではありません。

傷病手当金の請求をされ、健康保険組合に書類が届きますと、健康保険法に基づき内容審査をします。療養状況や病院等の受診歴を確認し、必要に応じ被保険者・担当医師・事業主等へ照会をして、その上で健保組合が妥当と判断した場合に支給されるものであり、場合によっては一部、あるいは全部が不支給となることもあります。

また、傷病手当金は、「私事の病気やケガに対し、医療機関で適切な治療・投薬等を行い、労働力が早期に回復するよう療養に専念するため」に支給することが主な目的であり、よって医療機関での診察治療投薬等が絶対条件であります。

そして、請求期間中に「正しい療養」をしていることも支給の条件です。

《正しい療養とは》

1. 医師の指示に従う。通院の指示がされている場合は、きちんと受診する。
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、指示通り服薬する。

傷病手当金の支給要件などについて、健康保険法 99 条において規定されています。

しかし、その要旨として「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主な目的としています。

よって、正当な理由もなく自己の判断で受診を中断する、処方箋が交付されているにもかかわらず調剤薬局へ処方を受けに行かない。自己の判断で服薬しない、あるいは同様の病院にひと月に複数か所通院し同様の薬を多数貰っている等 「正しい療養」をしていないと考えられる場合、その理由如何によっては快癒に向かう意思がないものとみなし、傷病手当金が支給されないことがあります。 場合によっては傷病手当金の不支給のみならず、該当期間中の医療費の健康保険負担分（療養の給付等）も返還請求させていただくこともあります。

真に労務が出来ない状態であっても、医師の指示等を守らないものは「必要な療養」として認めません。なにとぞご理解下さいますようお願いいたします。

また、傷病手当金請求の書類は、在職者および在職期間中の休職については**健康保険組合への直接提出は受け付けていません**。請求や提出に関する相談を、まずは会社にしていただきますようお願いいたします。

健康保険組合は、皆さまから頂いている保険料を「ムダのない、適正な支出をすること」とされております。