

健保組合記入欄	支給期間		支給金額		支給決定日 令和 年 月 日			
	自 令和 年 月 日 日間		円		常務理事	マネージャー	リーダー	担当者
	至 令和 年 月 日		(A4両面で印刷してください。)					
	支給開始日	算出基礎	日額	円×2/3×	日間＝	円	円	
令和 年 月 日	(108条)	日額	円 ×	日間＝	円			
満了予定日	(備考)							
令和 年 月 日								

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)

請求回数を記入

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号番号	100 - 999		被保険者 氏名	(フリガナ) キュウフ タロウ 給付 太郎			
	現住所	〒 101 - 00xx 東京都千代田区神田司町20-80-10 日中連絡先TEL. 090-xxxx-xxxx			生年 月 日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 請求時の年齢(30)歳		
	勤務(した) 事業所名	健保組合株式会社		具体的な 仕事内容	ソフト設計開発エンジニア			
	資格取得 年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日	※資格取得後2年未満での休職の方は 初回請求時に「同意書」を添付してください。			
	傷 病 名	適応障害		発病または 負傷の原因	(いつ・どこで等が分かる場合は具体的に、 分からない場合は「不詳」と記入) (<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでもない)			
	療養のため 休んだ期間	令和 4 年 3 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日までの合計 31 日間						
	障害年金の 受給について	障害(基礎・厚生)年金または障害手当金を受けていますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 ⇒「はい」「請求中」と回答した方は、金額や内容が確認出来る通知書の写しを添付してください。 受給要因の「腎不全(人工透析)」 年金額または 傷病名 手当金額 xxx,xxx 円						
老齢年金の 受給について	【任意継続被保険者および退職者のみ】 老齢年金または退職共済年金を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 ⇒「はい」と回答した方は、金額や内容が確認出来る通知書の写しを添付してください。							

確 認 欄	本請求について、下記の項目を確認し、必ず記入してください。	5 月 10 日
	<input checked="" type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input checked="" type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input checked="" type="checkbox"/> 内容に関し、健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。	

受付日付印

【退振】	資格喪失後の請求のときは毎回記入してください。 (任意継続被保険者は取得時にゆうちょ口座を登録するため記入不要)
------	---

<手続き上の注意点>

- ・記入漏れがある場合は不備扱いとなりますので、必ず全ての項目を確認し提出してください。
- ・確認欄にはチェックを入れてください。
- ・年金関係書類の写しは、変更があった都度、新しいものを提出してください。
- ・労災に該当する場合は健康保険の適用外ですので事業主にお申し出ください。

MBK連合健康保険組合

記入例① 有給消化や途中出勤、諸手当の支払があった場合（下イメージ図参照）

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
火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	祝	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
有給	有給	有給	欠勤						出勤	欠勤				出勤	欠勤															

- ・ 3/1～31 休職、最初の3日間を有給消化、途中2日間の出勤あり
- ・ 月給260,000円は欠勤控除の対象、6ヶ月定期代150,000円、住宅手当20,000円、家族手当15,000円は精算なし

事業主証明欄	被保険者氏名	給付 太郎					
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他「 」		*1ヶ月の基本給(日給者・時給者は1日あたりの日額) 260,000 円			
	労務に服さなかった期間	令和 4年 3月 1日から 令和 4年 3月 31日までの合計 31 日間		期間中の出勤・給与及び諸手当の支払 <input checked="" type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった ⇒あった場合は、下に該当日をすべて記入			
	出勤・報酬について (一部支払の内訳)	労務に服した日	3/10、15		計	2 日間	
		有給等、1日あたりの給与の全額を支払った日	3/1～3		計	3 日間	
		通勤手当や住宅手当等、給与の一部だけを支払った日	3/4～9、11～14、16～31		計	26 日間	
		手当の名称	手当の対象期間、支払単位、支払日等		支払総額	1月あたり額	1日あたり額
		通勤手当	期間: R3.10.1～R4.3.31 支払単位: 6ヶ月 支払日: R3.9.25		150,000円	25,000円	834 (833.33)
	住宅手当	期間: R4.3.1～R4.3.31 支払単位: 1ヶ月 支払日: R4.3.25		20,000円	20,000円	667 (666.67)	
	家族手当	期間: R4.3.1～R4.3.31 支払単位: 1ヶ月 支払日: R4.3.25		15,000円	15,000円	500 (500.00)	
計			185,000円	60,000円			
上記の通り相違ないことを証明します。 住所(所在地) 〒 101-00xx 東京都千代田区神田司町20-80-10 事業所名 健保組合株式会社 事業主氏名 代表取締役 神田 一郎							

1月あたり額、1日あたり額については、小数点以下は切り上げてください。
1ヶ月=30日間で計算してください。

記入例② 全日欠勤、当月中の給与支払が0の場合（下イメージ図参照）

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
火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	祝	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
欠勤																														

事業主証明欄	被保険者氏名	給付 太郎					
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他「 」		*1ヶ月の基本給(日給者・時給者は1日あたりの日額) 260,000 円			
	労務に服さなかった期間	令和 4年 3月 1日から 令和 4年 3月 31日までの合計 31 日間		期間中の出勤・給与及び諸手当の支払 <input type="checkbox"/> あった <input checked="" type="checkbox"/> なかった ⇒あった場合は、下に該当日をすべて記入			
	出勤・報酬について (一部支払の内訳)	労務に服した日			計	日間	
		有給等、1日あたりの給与の全額を支払った日			計	日間	
		通勤手当や住宅手当等、給与の一部だけを支払った日			計	日間	
		手当の名称	手当の対象期間、支払単位、支払日等		支払総額	1月あたり額	1日あたり額
			期間: 支払単位: 支払日:				
	計						
	上記の通り相違ないことを証明します。						
住所(所在地) 〒 101-00xx 東京都千代田区神田司町20-80-10 事業所名 健保組合株式会社 事業主氏名 代表取締役 神田 一郎							
令和 △年 △月 △日 電話 (03 - XXXX - XXXX)							

<手続き上の注意点>

・出勤簿、賃金台帳等、出勤と給与支払状況が確認出来る書類を添付してください。前払いした定期代等にご注意ください。

医師意見欄	患者氏名	給付 太郎			
	傷病名	適応障害			月 日
	発病または負傷の原因	不詳			給付を開始した年月日 令和 2 年 10 月 4 日
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 3 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日まで	31 日間	うち、 入院期間 (あれば)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	期間中の診療実日数	2 日間 (診療した日: 3/1、15)			
	傷病の主状態及び経過概要	(1) 労務不能期間中における主たる症状及び経過(くわしく) (2) (1)に			
	上記の通り相違ありません	療養担当医による医学的所見の 労務不能証明を受けてください。			
住所(所在地)	〒				
医療機関名					
医師の氏名	電話 (— —)				

被保険者の請求、事業主の証明と一致するように

療養担当医による医学的所見の
労務不能証明を受けてください。

<手続き上の注意点>

- ・「療養の給付を開始した年月日」とはその傷病について健康保険による療養を始めた日であり、初診日と一致しなくとも差支えありません。
- ・病状についてはなるべく詳しくご記入をお願いします。手術された場合は手術の名称と年月日、以後の療養期間等を記載して下さい。

MBK連合健康保険組合