

健康保険 傷病手当金・付加金請求書 記入の手引き

業務外のケガ（負傷）・病気による療養のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

申請書は4ページです。もれなく正確にご記入ください。

請求者情報、請求内容

被保険者ご自身で記入してください。

1/4ページ

2/4ページ

事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3/4ページ

医師の意見書

担当医師に記入を依頼してください。

4/4ページ

添付書類をご用意ください

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付してください。

①障害厚生年金の給付をうけている方

○年金給付額がわかる書類（以下のすべての書類が必要です）
・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー
・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）のコピー

②老齢退職年金の給付を受けている方
（請求期間が資格喪失後の場合）

○年金給付額がわかる書類（以下のすべての書類が必要です）
・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー
・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）のコピー

③労災保険から休業補償給付を受けている: ○「休業補償給付支給決定通知書のコピー」

傷病手当金の調整

以下にあてはまる場合、傷病手当金の支給額の一部または全部が調整されます。

①給与の支払いがあった場合

休んだ期間について、給与の支払いがある場合、傷病手当金は支給されません。ただし、その給与が傷病手当金より少ない場合は、差額が支給されます。

②障害厚生年金または障害手当金を受けている場合

同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、障害厚生年金の額が傷病手当金より少ない場合は、差額が支給されます。

③老齢退職年金を受けている場合

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額が傷病手当金より少ない場合は、差額が支給されます。

④労災保険から休業補償給付を受けている: 業務外の理由による病気やケガのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付が傷病手当金より少ない場合は、差額が支給されます。

⑤出産手当金を同時に受けられるとき 傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給されます。

※なお、傷病手当金を受け取った後に、①～④に該当していることが判明した場合は、傷病手当金をお返しいただくことになります。

記入例 1枚目

健康保険 傷病手当金・付加金請求書 (第 回目) 被保険者(請求者)記入用

被保険者証の 記号	番号	所属
氏名	生年月日	性別
住所	郵便番号	電話番号
代理人 (口述者)	住所	電話番号
支払機関 名称	〒	支店
請求種別	口座番号	支店
口座名義	代理人	

この請求書は4枚用紙となります。別紙とともにご提出ください。 「被保険者記入用」は2ページに続きます。 >>>

<被保険者(請求者)記入欄>

①記号番号は保険証に記載されています。
資格喪失後の請求の場合であっても
在職時のものをご記入ください。

◆給付金は届出口座へ振込ます◆
受領を代理人に委任する方は
②委任状 ③振込先指定口座、
をご記入ください。

記入例 2枚目

④ご記入いただいた請求書に
対応する期間について、

- ・事業主の証明・医師の意見を
いただってください。

⑤お仕事の内容は
具体的にご記入ください。

⑥退職された方
(資格喪失者、任意継続被保険者)は、
必ず、記入してください。

★「はい」「請求中」と答えた場合、
添付書類が必要となります。
「障害厚生年金・障害手当金」
「老齢厚生年金」(退職後の方)
「労災保険」を受給される方

★訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、
正しい内容をご記入ください。二重線の近くに
被保険者の署名または押印が必要です。

健康保険 傷病手当金・付加金請求書 被保険者(請求者)記入用

請求者 氏名	2 疾病 または 傷病 生年月日	性別	年齢
3 該当の傷病は肺炎(疾病)ですか、クマ(負傷)ですか?	1-病気 2-ケガ		
4 療養のための休んだ期間(請求期間)	年	月	日から 日
5 あなたの仕事の内容(長期的に (退職後の請求の場合は退職前の仕事の内容))			
1 上記の療養のための休んだ期間(請求期間)に 継続を受けましたか または今後受けられますか?	1-はい 2-いいえ		
2 「はい」と答えた場合、受けつけた書類は、事業主 証明欄に記載されている内容のとおりですか?	1-はい 2-いいえ		
3 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか 受給している場合は、どちらを受給していますか?	1-障害厚生年金 2-障害手当金	3-はい 4-いいえ	5-請求中
4 今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている 期間のものですか?	1-はい 2-いいえ		

この請求書は4枚用紙となります。別紙とともにご提出ください。 「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

日本トランスシティ健康保険組合 2/4

< 事業主記入欄 >

記入例 3枚目

健康保険
傷病手当金・付加金請求書

1 2 3 4
事業主記入用

労務に服することができなかった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ご記入ください

健康保険者記号	番号	健康保険者氏名	
勤務状況【欠勤は○で、【休病は△で、【有給は×】でそれぞれ表示してください】			
令和 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	出勤 有給 欠勤	
令和 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 日	
令和 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 日	
請求期間に対して、賃金を支払いました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	
		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	
		賃金計算	
		支払日	
		<input type="checkbox"/> 支払日 <input type="checkbox"/> 翌月	
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください			
期間	正常勤務時の報酬	支給額	支給額
区分	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 令和 年 月 日まで
基本給			日給
任意手当			上記の期間中に報酬を支給したとき(又は専任支給するとき)の額
家族手当			円 令和 年 月 日分として
通勤手当			円 (令和 年 月 日支払・支払予定)
手当			賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください
手当			<input type="checkbox"/> 日割控除 <input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 乗除率等
残額納付			
計			
令和 年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明します			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			

【健康保険者の方へ】
お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失以降の期間に関する請求については、空欄でご提出ください。

この請求書は4枚用紙となります。4枚ともご提出ください。【療養を担当した医師記入用】は4ページに続きます。

日本トランスシティ健康保険組合 3/4

⑦ 労務に服することができなかった期間を含む 賃金計算期間の「勤務状況」について、ご記入ください。

⑧ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

⑨ 賃金計算の締日 賃金の支払日をご記入ください。

⑩ 労務に服さなかった期間をご記入ください。

⑪ 上記⑩の期間中に、報酬を支給する場合、期間・金額を

⑫ 労務に服することができなかった期間を含む 賃金計算期間における 「賃金支払状況」について ご記入ください。

- ・ 「正常勤務時の報酬」には、正常に勤務したときに支給される額
- ・ 「支給額」には欠勤期間中に支給した額（賃金計算締単位毎）

⑬ 賃金計算方法や欠勤控除計算方法をご記入ください。

★訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。