

傷病手当金請求書

事業主証明・確認欄	被保険者証 記号 - 番号	—	被保険者氏名			
	労務に服さなかつ た期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日間)			
	上記期間を対象と して、報酬を全額 または一部支給し た場合又は支給す る場合	支給対象期間 (支給内訳)	報酬額内訳 (固定給)	(変動給)	(通勤費)	報酬計
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円
	(賃金台帳写での証明でも可。但し、報酬の期間・報酬額を上と同様形式で作成の上、証明ください)					
	確認書類	・タイムカード等写し等の出欠勤管理表の提出期間： 年 月分 ~ 年 月分 ・給与明細または賃金台帳等写しの提出期間： 年 月分 ~ 年 月分 ・その他書類 ()				
退職発令期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 退職 (予定)					
復職 (予定) 日	令和 年 月 日 復職 (予定)					
上記の期間に対し賃金を 支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日				
JMA健康保険組合 理事長殿		事業所名称 事業主氏名				

傷病手当金請求書

医師記入欄	対象者氏名													生年月日	S	年	月	日	H															
	傷病名													療養給付開始日 (初診日)	令和	年	月	日																
	発病または 負傷の原因													発病または 負傷年月日	令和	年	月	日																
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで(日間)					左の期間中の 診療実日数			日間																
	上記期間中の 入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	(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	日間
		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	日間
		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	日間
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)																																	
症状経過からみて、 労務不能と認められた 医学的な所見	(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)																																	
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 医療機関名称 担当医師氏名 電話番号 () 印																																		

※3か月を超えて証明する場合は、当用紙をコピーしてご記入ください

傷病手当金申請チェックシート

「傷病手当金請求書」と一緒に提出してください。

	チェック項目	チェック欄
申請者 チェック欄	請求書の「被保険者記入欄」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。	<input type="checkbox"/>
	「傷病による症状を詳しく」に病名や治療内容を記入していませんか？ この欄には申請期間中、どのような症状のため労務することができなかったかを、具体的にご記入ください。	<input type="checkbox"/>
	① 「労務に服することができなかった期間」欄が記入されていますか？ 原則、1か月単位で請求してください。 ・ 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、質問書を送付いたします。支給決定に時間がかかることがあります。	<input type="checkbox"/>
	今回の申請は労災、通勤災害、第三者行為によるものではないですか？	<input type="checkbox"/>
	障害、老齢等を事由とする年金受給の有無欄は記入されていますか？ (障害・老齢を事由とする年金等を受給されている場合には、年金額がわかる書類をご提出していただく場合があります。また傷病手当金と併給調整される場合があります)	<input type="checkbox"/>
	② 1回目の請求ですか？1回目の請求は賃金台帳や病院からのレセプト（診療報酬明細）の確認など、審査に必要な書類を集めるのに時間がかかるため、支給決定に時間がかかることがあります。	<input type="checkbox"/>
	③ 「医師記入欄」は、主治医等に漏れなく記入してもらっていますか？ * 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。 【健康保険法規則第84条第2項】（診断書での代用は不可）	<input type="checkbox"/>
	少なくとも月に1回以上治療を受けていますか？ * 月に1回以上治療を受けていない場合、理由を被保険者と医師に文書で質問します。支給決定に時間がかかることがあり、不支給となる場合もあります。	<input type="checkbox"/>
④ 処方箋が出たときは、忘れずに処方薬を取りに行っていますか？ * 薬局から健保組合に届くレセプト（診療報酬明細）が確認できない場合、質問書を被保険者と医師に送付します。支給決定に時間がかかることがあり、不支給となる場合もあります。	<input type="checkbox"/>	

チェック項目を確認し、記入漏れ・書類の添付漏れがないことを確認しました。

同意書

JMA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：令和 年 月 日

被保険者住所：

被保険者氏名（自署）：