傷病手当金請求書（第　回目）

請求日：令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者等	記号	番号	フリガナ	
記号・番号			被保険者氏名（自　署）	
			生年月日	□S □H　　年　　月　　日生

住所 電話番号	〒（　　－　　）		電話番号：　　（　　）
被保険者の職種		所属先 部署名	
傷病名		発病・負傷日	令和　　年　　月　　日
		療養開始日	令和　　年　　月　　日

《第1回目請求時にご記入ください》	当健保加入前に傷病手当金を受給したことがありますか　□ある　□ない
	《上記でなしの場合、記入不要》 ①旧加入健保名称： ②電話番号：　③記号番号： ④加入期間：　年　月　日 ～　年　月　日 ＊①②が不明な場合は旧健保に変えて旧勤務先を記入 当組合加入後1年6か月以内の傷病手当金請求の場合、旧保険者等へ傷病手当金受給歴に関し照会することがあります

発病または負傷の原因		（原因がわからない場合は☑） □原因不詳
傷病による症状（詳しく） ＊病名・治療内容ではありません	病名・治療内容ではなく、今回の申請期間中の労務することができない具体的な症状・頻度及び理由を記入してください	
労務に服することができなかった期間（請求期間）	（原則として1ヶ月単位で申請して下さい）　※初回申請は、待機3日間を含めて記入（支給対象にはなりません） 令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで（　　日間）	

業務上または通勤途上の負傷ですか	□はい □いいえ	「はい」の場合→事業主に報告のうえ、労災申請を行ってください （労災対象の場合は健康保険対象外です）
第三者行為（交通事故等）によるものですか	□はい □いいえ	第三者行為に起因している場合、原則として医療費や傷病手当金等は、健康保険から支給されず、被害者等から加害者への請求となります
請求期間分の報酬を受けましたか		□ 受けた　□ 受けない

A　障害厚生年金・障害手当金を受給していますか	□いいえ □はい □請求中	Aで「はい」「請求中」の場合 支給事由の傷病名［　　］		
B　老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	□いいえ □はい □請求中	A・Bで「はい」「請求中」の場合	基礎年金番号	
			受給開始(予定)日	年　　月　　日
			年金(予定)額	円

振込先口座	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義
	銀行 信用金庫	支店	普通預金	被保険者名義

※ 網掛け部分について、被保険者自らご記入ください

※ 対象期間の報酬の全部又は一部を受けたとき（又は受けることができるとき）の報酬額及び期間は、賃金台帳（写）等で確認させていただきます

※「診療報酬明細書」等で診療内容が確認できない場合には、療養状況や日常生活状況等を報告していただくことがあります

※ 標準送金日は、毎月25日頃となります。なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。

受付印

傷病手当金請求書

事業主が証明する欄

① 労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　(　　)日間
② ①の期間(出勤日以外)に対して報酬・交通費等を支給しました(します)か	はい　・　いいえ

③ ①の期間で欠勤した日に対して報酬・交通費等を支給した場合、その期間と報酬額をご記入下さい。
(出勤日に対する報酬は除いて証明)

④報酬内容(賃金・交通費・住宅手当等)	期間	月額	日額
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円

上記の通り相違ないことを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業主

名称

【事業主の方へお願い】

※1　請求期間にかかわる出勤簿を添付してください。

※2　報酬の証明は、休業に対する報酬のみ証明してください。

JMA健康保険組合(202504)

傷病手求書請求書

医師記入欄

対象者氏名		生年月日	S H	年　月　日	
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 （　日間）	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〇で囲んでください	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　印

電話番号　（　）

※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	①	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。	□
		「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。	□
		「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。	□
		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？	□
		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）	□
	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。	□
	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）	□
	④	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。	□
		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。	□

□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）：