

傷病手当金請求書 (第 回目)

被保険者が記入

令和 2 年 9 月 30 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ						
	1000	20998	被保険者氏名 (自署)	健保 太郎						
住所 電話番号	〒 (243 - 0433)		生年月日	<input type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> H	2 年 10 月 10 日生				
	神奈川県海老名市河原口 1519		日中連絡可能な電話番号 : 046 (233)3510							
被保険者の 職種	看護師	所属先	座間総合病院							
		部署名	看護部 3 西							
傷病名	骨折	発病・負傷日	令和 2 年 5 月 10 日							
		療養開始日	令和 2 年 5 月 10 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		<input type="checkbox"/> ある		<input checked="" type="checkbox"/> 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 _____ ④加入期間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ *①②が不明な場合は旧健保に代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									
被 保 険 者 記 入 欄	発病または 負傷の原因	転倒によるもの (原因がわからない場合は☑)					<input type="checkbox"/> 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 してください					医師証明期間と請求期間が異なる場合は、 医師証明期間の給付となります。			
	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 2 年 5 月 11 日から 令和 2 年 5 月 30 日まで (20 日間)								
業務上または通勤途上の負 傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場 (労災対象の場)					該当の場合、申請先が異なりますので、 ご注意ください。			
第三者行為(交通事故等)に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	第三者行為に 健康保険から								
請求期間分の報酬を受けましたか		<input type="checkbox"/> 受けた		<input checked="" type="checkbox"/> 受けない						
① 障害厚生年金・障害手当金 を受給していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中	①で「はい」「請求中」の場合 支給事由の傷病名								
	② 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	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中	①・②で 「はい」「請求中」 の場合							
金融機関名		支店名		口座番号		口座名義				
埼玉りそな 銀行 信用金庫		海老名 支店		普通預金		被保険者名義				
振込先 口座				○	×	○	×	○	×	○

※ 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。

受付日付印

傷病手当金請求書

事業主が記入

事業主証明・確認欄	被保険者証 記号 - 番号	1000 —	被保険者氏名				
	労務に服さなかつ た期間	令和 令和	年 年	月 月	日 から 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	
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 支給対象月の出欠勤のわかる書類、報酬支給額がわかる書 類を添付してください。 </div>						
	(賃金台帳写での証明で、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	
事業所名称 事業主氏名 JMA健康保険組合 理事長殿							

傷病手当金請求書

医師記入欄	対象者氏名	健保 太郎		生年月日	S H 2年 10月 10日	
	傷病名	骨折		診断書での代用は不可となります。 必ず、こちらで証明をお願いします。		給付期間は医師証明期間です。(待期期間も含み証明が必要です)
	発病または負傷の原因	転倒によるもの		発病または負傷年月日		
	労務不能と認められた期間	令和 2年 5月 11日から 令和 2年 5月 30日まで(20 日間)		左の期間中の 診療実日数	10 日間	
	上記期間中の入院期間	令和 2年 5月 11日から 令和 2年 5月 30日まで (20 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○で囲んでください	5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	7 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) 転倒による鎖骨骨折。 固定が必要な為、入院加療が必要。退院後は継続して通院が必要。				
	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。						
医療機関所在地	神奈川県海老名市河原口 1320		令和	2年	9月 10日	
医療機関名称	海老名総合病院					
担当医師氏名	健保 国男				印	
電話番号	046 (233) 1311					

※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
	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 checked="" type="checkbox"/>
申請者 チェック欄	「傷病」の欄に「傷病」の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 checked="" type="checkbox"/>
	「労務」の欄に「労務」の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 checked="" type="checkbox"/>
	① 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
	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。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	

チェックシートで、申請内容の確認し、申請内容に誤りがない場合、
同意書に署名捺印をお願いします。
また、チェックシートは、請求書と一緒に提出をお願い致します。

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。

- 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
- 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 2 年 9 月 30 日

被保険者住所： 神奈川県海老名市河原口 1519

被保険者氏名(白署)： 健保 太郎