



|       |     |
|-------|-----|
| 健保確認欄 |     |
| 医レセ   | 調レセ |
|       |     |

|         |                          |                               |                    |  |  |
|---------|--------------------------|-------------------------------|--------------------|--|--|
| 支給金額    | 円                        | 支給・支払・決議書<br>常務理事 事務長 事務課長 担当 |                    |  |  |
| 前回の支給期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |                               |                    |  |  |
| 支給期間    | 令和 年 月 日から               | 資格取得                          | 年 月 日              |  |  |
|         | 令和 年 月 日まで               | 資格喪失                          | 年 月 日              |  |  |
|         |                          | 傷病手当金の支給期間                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |  |  |
| 支給日数    | 日間                       | 延長始期                          | 年 月 日              |  |  |
|         |                          | 延長終期                          | 年 月 日              |  |  |
| 標準月額    | , 0 0 0 円                | 支給年月日                         | 年 月 日              |  |  |

|                                                                                                                  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                               |               |       |      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-------|------|--|
| 大日本印刷健康保険組合 御中                                                                                                   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | 延長傷病手当付加金請求書（ 回）              |               | 事業所 C | 事務担当 |  |
| <input type="checkbox"/> 「傷病手当金の手続きについて」の内容を確認しましたので、下記の通り請求いたします                                                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | <div>楷書で読みやすい字でご記入願います。</div> |               |       |      |  |
| ※数ヵ月分をまとめることなく原則1ヵ月単位で請求願います<br>※2枚目に被保険者署名欄が3ヵ所あります<br>※記入漏れがある場合は返戻しますので、記入漏れのないようにご注意ください。                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | 社員番号（ ）                       |               |       |      |  |
|                                                                                                                  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | 住 所                           |               |       |      |  |
|                                                                                                                  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | 被保険者 氏 名                      |               |       |      |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>の<br>記<br>入<br>欄                                                                             | 被保険者証                      | 記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 会社名                            |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  |                            | 番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 部署名                            |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 被保険者の業務内容                  | ※詳しく記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 傷 病 名                      | 療養するために休んだ期間（請求期間）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで（ 日間） |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 発病または負傷の原因                 | ※明確な発病または負傷の原因がない場合に限り「不詳」とご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 傷病による症状・医師の指導に基づく請求期間の療養状況 | 【具体的な症状】<br>[<br>【受診と治療の内容（☑をしてください）】<br>受診 [ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬の処方 [ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>【薬の処方がある場合】<br><input type="checkbox"/> 服用している<br><input type="checkbox"/> 時々服用している（理由 ）<br><input type="checkbox"/> 服用していない（理由 ）<br>【どのような療養指導を受けているか、具体的にご記入ください】<br>[<br>請求期間中の領収書、明細書のコピーを提出してください。<br>提出は任意となりますが、提出がない場合には、手続きに時間がかかる場合があります<br><提出するもの> 医療機関…領収書、領収明細書<br>薬局…領収書、調剤明細書もしくはお薬手帳のコピー ※「必要書類一覧」をご覧ください |                                |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 勤務中または通勤中の疾病・負傷ですか         | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 「はい」の場合→傷病手当金の支給対象外となります       |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 第三者行為（※1）によるものですか          | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 「はい」の場合→原則として、傷病手当金の支給対象外となります |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  | 年金について                     | 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ<br>「はい」または「請求中」の場合、①、②にご回答ください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                               |               |       |      |  |
|                                                                                                                  |                            | ①受給している年金の種別 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金<br><input type="checkbox"/> 障害手当金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                               | ②受給の要因となった傷病名 |       |      |  |
| 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                               |               |       |      |  |
| ●年金を受給されている方は、請求期間に応じた「年金支給額決定通知書」等のコピーを添付してください。                                                                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                               |               |       |      |  |

※1 第三者の行為とは、交通事故、喧嘩や暴力行為による負傷、他人のペットによる負傷など、他人（第三者）によるケガや疾病をさします。

※楷書で読みやすい字でご記入願います

|                    |                                      |                          |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----|------------------------------------|---|--|---|---------------|---|-----|--|--|--|
| 記号番号（　　）           |                                      |                          | 被保険者氏名                              |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
| 事業主の証明欄            | 労務に服さなかった期間                          |                          | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日まで　　日間  |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    | 上記期間中の年休、欠勤、休職等の期間                   |                          | 有給休暇                                |    | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日まで　　日間 |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    |                                      |                          | 病休                                  |    | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日まで　　日間 |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    |                                      |                          | 休職                                  |    | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日まで　　日間 |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    |                                      |                          | (　　　　　)                             |    | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日まで　　日間 |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    |                                      |                          | (　　　　　)                             |    | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日まで　　日間 |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    | 給与形態                                 |                          | □月給 □日給月給 □日給 (　　　円/日) □時給 (　　　円/時) |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    | 労務に服さなかった期間（有給休暇を除く）の賃金支払状況をご記入ください。 |                          |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
|                    | 支給した（する）賃金内訳                         | 期間<br>区分                 |                                     | 月額 | 支給額                                |   |  |   | 支給額           |   |     |  |  |  |
|                    |                                      |                          |                                     |    | 月　　日　　～　　月　　日                      |   |  |   | 月　　日　　～　　月　　日 |   |     |  |  |  |
|                    |                                      | 基本給                      |                                     | 円  |                                    | 円 |  |   |               | 円 |     |  |  |  |
|                    |                                      | 通勤手当                     |                                     | 円  |                                    | 円 |  |   |               | 円 |     |  |  |  |
|                    |                                      | 家族に関する手当                 |                                     | 円  |                                    | 円 |  |   |               | 円 |     |  |  |  |
|                    |                                      | 手　　当                     |                                     | 円  |                                    | 円 |  |   |               | 円 |     |  |  |  |
| 手　　当               |                                      | 円                        |                                     | 円  |                                    |   |  | 円 |               |   |     |  |  |  |
| 手　　当               |                                      | 円                        |                                     | 円  |                                    |   |  | 円 |               |   |     |  |  |  |
| 手　　当               |                                      | 円                        |                                     | 円  |                                    |   |  | 円 |               |   |     |  |  |  |
| 現物給与               |                                      | 円                        |                                     | 円  |                                    |   |  | 円 |               |   |     |  |  |  |
| 計                  |                                      | 円                        |                                     | 円  |                                    |   |  | 円 |               |   |     |  |  |  |
| 復職状況               |                                      | □令和　　年　　月　　日に復職（予定）　　□未定 |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します |                                      |                          |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   | 記入者 |  |  |  |
| 事業主所在地             |                                      |                          |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
| 事業主名称              |                                      |                          |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |
| 事業主氏名              |                                      |                          |                                     |    |                                    |   |  |   |               |   |     |  |  |  |

|     |                               |                         |
|-----|-------------------------------|-------------------------|
| 委任状 | 私は事業主を代理人と定めこの傷病手当金の受領を委任します。 | 令和      年      月      日 |
|     | 代理人職氏名 _____ 被保険者氏名 _____     |                         |

| 同 意 書                                                                                                                             |   |      |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|-------|
| 健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、大日本印刷健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会に対して回答をすることおよび必要な資料を提供することに同意します。 |   |      |       |
| ※関係機関とは、前加入保険者、官公署、医療機関、年金事務所等をさします                                                                                               |   |      |       |
| ※本同意書の写しも有効とさせていただきます                                                                                                             |   |      |       |
| 令和                                                                                                                                | 年 | 月    | 日     |
| 被保険者                                                                                                                              |   | 住所   |       |
|                                                                                                                                   |   | 生年月日 | 昭和・平成 |
|                                                                                                                                   |   | 年    | 月     |
|                                                                                                                                   |   | 日    |       |
|                                                                                                                                   |   | 氏名   |       |

※楷書で読みやすい字でご記入願います。

|                                                              |                                  |                                                                             |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|------------|----------------|-------------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|
| 医<br>師<br>の<br>証<br>明<br>欄                                   | 患 者 氏 名                          | 生年月日 昭・平 年 月 日                                                              |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 傷 病 名                            | (1)                                                                         |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            | 療養給付の          | (1)昭和・平成・令和 年 月 日 |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | (2)                                                                         |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            | 開始年月日          | (2)昭和・平成・令和 年 月 日 |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | (3)                                                                         |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            | (初診日)          | (3)昭和・平成・令和 年 月 日 |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 発 病 また は<br>負 傷 の 年 月 日          | (1)昭和・平成・令和 年 月 日                                                           |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            | 発病または<br>負傷の原因 |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | (2)昭和・平成・令和 年 月 日                                                           |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | (3)昭和・平成・令和 年 月 日                                                           |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 労 務 不 能 と<br>認 め た 期 間           | 令和 年 月 日から                                                                  |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 左記期間中の     |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日間 |  |  |  |
|                                                              |                                  | 令和 年 月 日まで ( 日間)                                                            |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 診療実日数      |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 診 療 実 日 数<br>0 日 の 場 合           | ※診療日数0日ですが、労務不能と判断された理由をご記入ください。                                            |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 上 記 期 間 中 の 入 院 期 間              |                                                                             | 令和 年 月 日から令和 年 月 日 ( 日間)                                                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 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 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | 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 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | <u>労務不能と認めた期間中</u> の投薬状況と通院指導の有無 | 投薬の有無                                                                       |                                                                                     | 投薬状況      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                | 通院指導の有無           |  | 通院指導状況 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  |                                                                             |                                                                                     | 月 日 ( 日分) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| あり ・ なし                                                      |                                  | 月 日 ( 日分)                                                                   |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | あり ・ なし    |                | 1 ヶ月に ( ) 回       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | 月 日 ( 日分)                                                                   |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| 「なし」の場合の理由                                                   |                                  |                                                                             |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 「なし」の場合の理由 |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| <u>今回の労務不能期間中</u> の「主たる症状及び経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等（詳しく）         |                                  | (傷病手当金の支給・不支給を判断するうえで大変重要になりますので、詳細にご記入ください)                                |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| 症状の経過からみて、今回の期間に労務不能と認められた医学的所見                              |                                  | 症状及び経過                                                                      |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | 治療内容                                                                        |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | 前月の症状との比較                                                                   |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| 症状の経過からみて、今回の期間に労務不能と認められた医学的所見                              |                                  | ※患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、患者の状態を検査結果・投薬状況および医学的所見などと合わせて詳しくご記入ください |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| 治 療 終 了 見<br>込 時 期 や 就<br>労 可 能 時 期<br>について                  | 治療終了見込時期                         |                                                                             |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 理由 |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              | 令和 年 月頃 □現段階では未定                 |                                                                             |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| 医学的見地から就労可能時期について                                            |                                  | 医学的見地から就労可能時期について                                                           |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 理由         |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
|                                                              |                                  | 令和 年 月頃 □現段階では未定                                                            |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| 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 ( )                                              |                                  |                                                                             |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |
| ※不正防止の観点から、医療機関所在地、名称等はゴム印を使用し、医療機関印・医師印を押印くださいますようお願いいたします。 |                                  |                                                                             |                                                                                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |            |                |                   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |

## 傷病手当金請求書を記入する際の注意事項

### 《被保険者の方》

◎傷病手当金請求書記入例と下記の注意事項に従い漏れなくご記入ください。

◎添付書類については、5 枚目(R8.8 改定 延一⑤)の「傷病手当金請求書に必要な書類一覧」を確認のうえ、請求書と一緒に事業所へご提出ください。



#### 【記入上の注意事項】

- ① この注意事項を確認後、請求書1枚目の□に✓をいれてください。
- ② 請求回数を記入
- ③ 被保険者記号・番号  
マイナポータルの「資格情報画面」または「資格情報のお知らせ」いずれかでご確認ください。  
(「資格確認書」をお持ちの方は表面に記載があります)  
※退職後に請求をする方は、在職時の記号と番号  
※任意継続被保険者の方は、任意継続の記号と番号
- ④ 被保険者(請求者)の現住所  
被保険者の現住所を記入  
※本人死亡により権利承継者(法定相続人代表者)が請求するときは、権利承継者の住所
- ⑤ 被保険者(請求者)の氏名  
被保険者の氏名を記入  
※本人死亡により権利承継者が請求するときは、被保険者の氏名横に、カッコ書きで権利承継者の氏名・続柄を記入
- ⑥ 会社名  
勤務している会社名・部署名を記入  
※退職後に請求する方は在職時の会社名  
※任意継続被保険者の方は、「任意継続」と記入  
※在籍出向している方は、出向元の会社名・部署名を記入
- ⑦ 被保険者の業務内容  
仕事の内容を具体的に詳しく記入(記入見本参照)
- ⑧ 療養のために休んだ期間(請求期間)  
療養のため労務に服さなかった期間を、有休や公休日を含めて暦日で記入
- ⑨ 発病または負傷の原因  
ケガのときは日時・場所・何をしていた時など具体的に記入。あわせて別途当組合 HP 掲載の「事故届(自損・単独事故)」を提出
- ⑩ 請求期間中の療養状況等  
休んだ期間における症状や経過、医師からの指示内容を詳しく記入
- ⑪ 第三者行為によるものですか  
交通事故や加害者のいるケガなどによる請求のため、「はい」に該当するときは別途「第三者行為による傷病届」を提出
- ⑫ 委任状(2枚目)  
任意継続被保険者の方は不要。それ以外の方は必須。本人死亡により権利承継者が請求するときは、被保険者氏名を権利承継者氏名と訂正のうえ署名
- ⑬ 照会に関する同意書(2枚目)  
傷病手当金の支給可否を決定するための内容審査において、必要な場合は当組合から医療機関等へ直接文書照会等を行います。  
※押印必須

#### 【被保険者記入欄の記入訂正について】

- ・消せないボールペン等でご記入ください。
- ・訂正するときは、被保険者(請求者)が二重線を引き、正しい内容を記入し、訂正印を押してください。  
修正液や修正テープを使つての訂正は認められません。
- ・被保険者(請求者)以外の訂正は認められません。

#### 【添付書類について】

該当する方は請求書に正しく記入のうえ添付書類を必ず請求書と一緒に提出してください。

とくに、労災保険や障害年金・老齢年金等は、傷病手当金を受け取った後に該当していることが判明した場合、傷病手当金を返還いただくことになります。

|                                                     |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当組合での資格取得年月日から<br>2年未満で休職を開始された方                    | ・健康保険加入履歴申出書                                                                                                     |
| 労災保険の申請をした方                                         | ・労災不支給決定通知書のコピー                                                                                                  |
| 障害厚生(基礎)年金、<br>障害手当金、<br>老齢(退職)年金を<br><br>受給中・請求中の方 | [受給中の方]<br>・各種年金の年金証書のコピー<br>・直近の支給額を証明する書類<br><br>[請求中の方]<br>・誓約書<br>※年金額に変更があったときは、年金額改定通知書のコピー等を請求書に添付してください。 |

## 傷病手当金請求書に必要な書類一覧

●…必ず提出    ○…任意提出    □…事業主が用意するもの

| (対象)全員                     | 事業主が窓口      |                |             |                | 健保が窓口                  |                         |
|----------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|------------------------|-------------------------|
|                            | 在籍者<br>(初回) | 在籍者<br>(2回目以降) | 退職者<br>(初回) | 退職者<br>(2回目以降) | 任意継続<br>被保険者<br>(初回請求) | 任意継続<br>被保険者<br>(2回目以降) |
| 書類の種類                      | 対象者ごとの必要書類  |                |             |                |                        |                         |
| 傷病手当金請求書 ※3枚               | ●           | ●              | ●           | ●              | ●                      | ●                       |
| タイムカード、出勤簿                 | □           | ★              |             |                |                        |                         |
| 賃金台帳、給与明細可                 | □           | ★              |             |                |                        |                         |
| 療養状況等報告書(初回時)              | ●           |                | ●           |                | ●                      |                         |
| 退職者療養・日常生活等状況報告書           |             |                | ●           | ●              |                        | ●                       |
| 診療費・薬剤費の領収書のコピー            | ●           | ○              | ●           | ●              | ●                      | ○                       |
| 診療明細書・調剤明細書<br>またはお薬手帳のコピー | ●           | ○              | ●           | ●              | ●                      | ○                       |
| 雇用保険受給期間延長通知書(コピー)         |             |                | ●           | ●              | ●                      | ●                       |

★2回目以降の申請で、請求期間中に出勤や給与の支払いがあった場合は、タイムカードや賃金台帳等の提出をお願いします。

| 以下に該当する場合                              | 事業主が窓口      |                |             |                | 健保が窓口                  |                         |
|----------------------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|------------------------|-------------------------|
|                                        | 在籍者<br>(初回) | 在籍者<br>(2回目以降) | 退職者<br>(初回) | 退職者<br>(2回目以降) | 任意継続<br>被保険者<br>(初回請求) | 任意継続<br>被保険者<br>(2回目以降) |
| 書類の種類                                  | 対象者ごとの必要書類  |                |             |                |                        |                         |
| (対象)年金受給者                              |             |                |             |                |                        |                         |
| 国民年金・厚生年金保険年金証書<br>(対象：障害年金)           | ●           | ●              | ●           | ●              | ●                      | ●                       |
| 国民年金・厚生年金保険年金証書<br>(対象：老齢厚生年金)         |             |                | ●           | ●              | ●                      | ●                       |
| 年金額改定通知書 ※毎回最新のもの<br>(対象者：障害年金、老齢厚生年金) | ●           | ●              | ●           | ●              | ●                      | ●                       |
| 誓約書 ※年金請求中の方                           | ●           | ●              | ●           | ●              | ●                      | ●                       |
| (対象)当健保の資格取得から2年未満で傷病手当金を請求される方        |             |                |             |                |                        |                         |
| 健康保険加入履歴申出書                            | ●           |                | ●           |                | ●                      |                         |
| (対象)外傷性の負傷                             |             |                |             |                |                        |                         |
| 事故届                                    | ●           |                | ●           |                | ●                      |                         |
| 第三者行為による傷病届                            | ●           |                | ●           |                | ●                      |                         |

◎状況に応じて必要な書類を追加でご提出いただく場合もあります。

大日本印刷健康保険組合