給付 申請書名	**傷病手当金請求書**
目的	◇業務外の病気やけがで被保険者が療養のために続けて３日間休み、４日目以降の休務について、給与が受けられないときなどに申請する手続き。（労災でのけがや病気は対象外） ◇傷病手当金は同一傷病において実際に傷病手当金の支給を受けた期間を通算して１年６か月請求できる。ただし、請求期間中に資格喪失した場合は、被保険者期間が１年未満であれば、喪失日の前日までとなる。また、満了日までに治癒した場合もその日までとなる。 ◆支給額は、１日につき支給開始日の属する月以前の直近の継続した１２ヶ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の３０分の１に相当する額の３分の２相当額となる。ただし、支給開始月以前に標準報酬月額が定められている月が１２ヶ月継続していない場合は、次のいずれか少ない額の３分の２に相当する額となる。 ①支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額を平均した額の３０分の１に相当する額 ②支給開始日の属する年度の前年度の９月末における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額を標準報酬月額の基礎となる報酬月額とみなしたときの標準報酬月額の３０分の１に相当する額 なお、給与が発生したときは、給与が傷病手当金より少ない場合だけその差額を支給する。**（給与が傷病手当金より上回る場合は不支給）**
提出締切	◇健保組合に２５日までの到着分が翌月２５日に支給予定となる（休日の場合は前営業日）（第一生命従業員は給与計上、任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金、第一生命以外の会社の方は所属の会社から２５日以降に支給される） ただし、健康保険組合が本人および関係諸機関等に状況照会をすることがあるため、翌月給与計上にならない場合がある。

【記入見本】　請求書は暦月単位で作成し、２回目以降も全項目記入する！

２－１

健保組合で記入する為、記入不要

【第一生命従業員（キャリアローテーション者含む）】DN総務事務センター経 … 生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合　御中

受信No.

＊第　　回　傷病手当金請求書

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください　※請求書の（2-2）と2枚セットでご請求願います　　２－１

①

健康保険の資格情報	記号 2 × × × 番号 1 0 × × × × ×	所属またはグループ会社名	○× 部 支社 会社　○△ 課 営業オフィス
フリガナ	ダイイチ　ハナコ		
被保険者氏名（患者氏名）	第一　花子	資格取得年月日	S・H・R × 年 × 月 × 日
生年月日	S・H・R × 年 × 月 × 日	資格喪失年月日	H・R 年 月 日 退社 ・ 無給休職 ・ その他（　）
傷病名	○○○○○	発病または負傷年月日	H・R × 年 × 月 × 日

②

傷病または負傷の療養をするため休んだ期間（請求期間）	R ×年 ×月 ×日 から R ×年 ×月 ××日まで（ ×× 日間）	
	自身の症状 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
	処方薬の有無 院外処方 →（薬局名 ○○○○○ （いずれかに○） 院内処方 処方なし	医師から
発病または傷病の原因 4. 以外に○を付けた方は、その原因を具体的に詳しく	1 交通事故（第三者行為・自損） 2 第三者行為 3 労災（業務上・通勤労災） 4 その他 原因	
入社前に傷病手当金を受給したことがありますか？	はい ・ いいえ ※ はいの場合は傷病名（　）	
失業給付等雇用保険を受給していますか？	はい ・ 請求中 ・ いいえ	※はい・請求中に○を付けた方は、…がわかる「雇用保険受給資格者証（写）」または「雇用保険受給資格通知（写）」が必要です
障害厚生年金・障害手当金を受給していますか？	はい ・ 請求中 ・ いいえ ※ はい・請求中の場合は傷病名（　）	※はい・請求中に○を付けた方は、年金額がわかるもの（写）が必要です
老齢厚生年金・老齢基礎年金を受給していますか？	はい ・ 請求中 ・ いいえ	※はい・請求中に○を付けた方は、直近の年金額がわかる「年金額改定通知書（写）」または「年金証書（写）」が必要です
労災給付で休業補償給付を受けていますか？ （又は、過去に受けたことがありますか？）	はい ・ 請求中 ・ 請求予定 ・ いいえ ※ はい・請求中・請求予定の場合は傷病名（　）	※はい・請求中に○を付けた方は、受給額・受給期間がわかる「支給決定通知書（写）」が必要です
請求期間中の給与はありますか？	はい ・ いいえ	※はいに○を付けた方は、「給与明細（写）」が必要です（第一生命従業員は不要）

被保険者記入欄

③

上記のとおり請求いたします　　令和 × 年 × 月 × 日

併せて給付金の受領を事業主に委任いたします（注1）6

被保険者　住所　〒 ××× ー ××××　○○県○○市○○×× 1－1－△

氏名　第一　花子　　△△△）××××

自身の症状や原因、処方薬の有無等詳細に記入すること

療養をするため休んだ期間（請求期間）は、被保険者・事業主・医師の３者記入が一致すること

マルもれ注意

３者とも請求月以降の日付で記入・証明すること

【記入見本】
２－２

※請求書の（2-1）と2枚ｾｯﾄでご請求願います　２－２

④ 事業主記入欄

事業主が記入

健康保険の資格情報	記号	2	×	×	×	番号	1	0	×	×	×	×	×	被保険者氏名（患者氏名）	第一　花子
労務に服さなかった期間（請求期間）	R　×年　×月　×日　から　R　×年　×月　××日　まで（　××　日間）													
療養休暇期間	R　　年　　月　　日　から　R　　年　　月　　日　まで（　　年　　ヶ月）													
2-1ページ傷病の原因は業務上の災害（労災）によるものですか？	はい　・　(いいえ)													労務に服さなかった期間の給与はありますか？　(はい)　・　いいえ

上記のとおり相違ないことを証明いたします。　令和　×　年　×　月　×　日

事業主名　第一生命保険株式会社
○○　××

（注）喪失後の事業主証明は不要です

⑤ 医師の意見欄（療養を担当した医師が記入する）

医師が記入

健康保険の資格情報	記号	2	×	×	×	番号	1	0	×	×	×	×	×	被保険者氏名（患者氏名）	第一　花子
労務不能の傷病名	○○○○○○													発病または負傷年月日	(H)・R　×　年　×　月　×　日
														診療開始日	H・(R)　×　年　×　月　×　日
労務不能と認めた期間	R　×年　×月　×日　から　R　×年　×月　×日まで（××　日間）													
上の期間中に入院した場合の期間	R　　年　　月　　日　から　R　　年　　月　　日まで（　　日間）													
診療実日数（通院と入院の合計）	×　日	診療日を○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 2										
			○ 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 2										
			△ 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 2										

診療がない月は理由を必ず記入

診療のなかった月は各月毎に理由を詳しく

※各月の診療日が上記に書ききれない場合は、こちらに記載してください

△ 月・・・理由（　○○○○○○のため診療なし。そのため□月×日に診療した。　）
月・・・理由（　）
月・・・理由（　）

労務不能と認めた期間の主症状及び経過、治療内容、療養指導等を詳しく

主症状及び経過、治療内容、療養指導等
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

処方薬がない場合は理由を記入

労務不能の傷病に対する処方薬の有無
(あり)　→主な処方内容（　○○○○○○・○○○○○○・○○○○○○　）
(なし)　→薬を必要としない理由（　）

症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

転帰　R　×　年　×　月　×　日（　治癒　・　中止　・(継続)　・　転院　）

就労見込み状況
1、2どちらかに必ず○
（2の場合はその年月を記入）
(1)　現時点では不明　(2)　R　　年　　月　　日頃から就労可能の見込み

上記のとおり相違ないことを証明いたします。　令和　×　年　×　月　×　日

医療機関所在地　○○県○○市○○××3－3－×

医療機関名称　○×△□病院

担当医師氏名　○○　××

電話
○○○（　△△△　）　××××

（注2）
1. 第1回目は事実労務不能の日から、第2回目は数か月まとめることなく、1枚の請求書に1ヶ月ごとの記入をお願いします
2. 被保険者の資格を喪失した後の請求期間分については、事業主の証明は不要です
3. 記入内容について、後日健康保険組合から、より詳細にお伺いすることがありますので、その際はご協力をお願いします
4. **請求権は、労務不能であった日ごとに、その翌日から起算して2年で時効となります**

R6.12

添付書類	① 出勤簿（社）→ 請求月のもの **第一生命従業員（キャリアローテーション含む）はＤＮ総務事務センターで添付するため不要。** ② 給与明細書（写）or 賃金台帳（写） → 請求月のもの **第一生命従業員（キャリアローテーション含む）はＤＮ総務事務センターで添付するため不要。** 請求月の次月に請求月の精算が発生している場合は、次月の給与明細書も添付する。 （注）請求書は必ず２－１、２－２とセットで提出する。

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	健康保険の資格情報等	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。 1.「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2.「資格情報のお知らせ」 3.「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者氏名、所属、資格取得日、喪失している場合は資格喪失日（退職日の翌日等）を記入する。
②	傷病名	医師の意見欄と同一の傷病名であること。
②	被保険者記入欄「上記のとおり申請いたします」	本人が記入する。（記入日、住所、署名、電話番号）
④	事業主記入欄	本人は記入不要。事業主が記入する。 第一生命従業員（キャリアローテーション含む）はＤＮ総務事務センター、グループ会社は各社総務で記入する。
⑤	医師の意見欄	本人は記入不要。医師が記入する。 医師の労務不能証明は、各月１日以上診療がなされ、療養のための休務であることを確認するために取付けする。 （診療がなかった月は理由を詳しく記入すること）

《 次の条件をすべて満たしている場合に支給対象となる 》

１．業務外の病気やけがで療養中であること。
→ 原則として最低でも月に１回は病院にかかっていることが条件。

２．給与の額が、１頁目◆支給額で説明する相当額未満であること。

３．連続で３日以上仕事を休んでいること。
→ 仕事に就くことができなくなってから休んだ日が連続して３日間あり、４日目以降の休務について支給対象となる。（最初の連続した３日間は「待機期間」となり、支給対象外。）
→ 待機期間を一度満たせば、その後途中何日か出勤しても同一傷病で休んだ日について支給される。

４．請求期間について医師が労務不能と認めていること。

５．支給期間を満了していないこと。

《 資格喪失後の継続給付 》

◆ 被保険者期間（任意継続期間は含まない）が１年以上あったものが傷病手当金を受給している間、または受給できる状態（注）に資格喪失したときは、同一傷病において、実際に傷病手当金の支給を受けた期間を通算して１年６か月が満了するまで引き続き受給することができる。（ただし、資格喪失後に特例退職者制度に加入した場合は、資格喪失日以降受給できない。また、資格喪失後の継続給付の受給が中断された場合、通算して１年６か月が満了していなくてもその時点で受給権が消滅する。）
（注）受給できる状態とは休んでいるが、給与が傷病手当金を上回るため不支給となっている状態をさす。

◆ 被保険者期間が１年未満であるものが傷病手当金を受給している間に資格喪失したときは、資格喪失日前日までの支給となる。

《 年金を受けるようになったとき 》

◆ 「障害基礎年金」「障害厚生年金」「障害手当金」を受けるようになると、受給期間である通算１年６ヶ月が経過していなくても傷病手当金は打ち切られる。ただし、傷病手当金のほうが高額である場合は差額分が支給される。

◆ 任継被保険者や退職後に傷病手当金の継続給付を受けている人が「老齢厚生年金」等を受けるときは、傷病手当金は支給されない。ただし、傷病手当金のほうが高額である場合は差額分が支給される。