【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由 ・【第一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

被保険者記入欄

健康保険の資格情報	記号　　番号	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			
被保険者氏名（患者氏名）		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
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）		
上記の期間の傷病の状態を具体的に詳しく	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）	医師からの指示	
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、受給額がわかる「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）	

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　　TEL

氏名

（注1）
1. 請求書は症状の変化に伴う労務不能状態を明らかにするため、第1回目は事実労務不能の日からその月末まで、第2回目以降は1ヶ月（1日～月末）単位で数ヶ月分をまとめることなく請求してください
2. 業務上災害が適用される疾病については傷病手当金は支給されません
3. 支給期間中に「障害基礎年金」「障害厚生年金」「障害手当金」「老齢厚生年金」「老齢基礎年金」が支給される場合は、その時点で傷病手当金は打ち切りとなりますが、傷病手当金のほうが高額の場合は差額分が支給されます
4. 労務に服さなかった期間を含む月の出勤簿と給与明細（写し）を添付してください（第一生命従業員は不要）
5. 初回請求だけでなく、2回目以降請求の場合にも全項目記入してください
6. 受領委任については任意継続者は対象外です（ご登録の保険料振替口座に支給します）

健保組合処理欄

支給期間	保険給付金	備考欄
R　年　月　日～ R　年　月　日至	円	

常務理事	事務長	担当	検算	支払	常務理事	事務長	担当		入力者・入力日

R6.12

事業主記入欄

健康保険の資格情報	記号		番号		被保険者氏名（患者氏名）
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

（注）喪失後の事業主証明は不要です

医師の意見欄（療養を担当した医師が記入する）

健康保険の資格情報	記号		番号		被保険者氏名（患者氏名）
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 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	
			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	
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（　） 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 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

医療機関名称

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**