

傷病手当金請求書

(第 回)

1 2 3 4 5
被保険者の印はすべて同一の印で捺印してください。
給付金の受領方は原則として事業所振込となりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いいたします。

被 保 険 者 情 報	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	自宅住所	〒	—	電話番号(日中の連絡先) ()
	事業所名			
	仕事の内容	事務職・運転手・給油係・重労働・その他(詳細)		

申 請 内 容	傷病名	身体の具合		
	発病の原因 及び経過	・病気 ⇒ 別紙「傷病手当金請求にともなう療養状況報告書」をご記入ください。 ・ケガ ⇒ 別紙「傷病手当金請求にともなう療養状況報告書」と「負傷原因届」をご記入ください。		
療養をする為 休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日 から	日間		
	令和 年 月 日 まで			
報 酬	上記の療養の為休んだ期間に、報酬(給与)を受けましたか。 または、今後受けられますか。	はい・いいえ		
	「はい」と答えた場合、その報酬額と、その報酬支払の 基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	報酬額 円	
年 金 関 係	「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」と答えた 場合、ご記入ください。	受給の要因となる傷病名 基礎年金番号・年金コード	年金額 円 支給開始年月 年 月 日	
	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。	はい・請求中・いいえ		
介 護 保 険	「はい・請求中」と答えた 場合、ご記入ください。	基礎年金番号・年金コード	年金額 円 支給開始年月 年 月 日	
	介護保険法のサービスを 受けているとき	保険者名 保険者番号	被保険者番号	
労 災 保 険	労災保険から休業補償給付を受けていますか。	はい・請求中・いいえ		
	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署		

同 意 欄	私が申請する当保険給付について、石油製品販売健康保険組合がその支給決定に際する調査の為に、医療機関等の関係機関に照会することを同意いたします。 被保険者氏名 ⑩
-------------	---

委 任 欄	本請求金額の受領を 住所 会社 ⑩ に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩
-------------	--

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者印

備考欄

事業主が証明するところ	被保険者氏名	※本請求については、出勤簿・賃金台帳の写を添付してください。 事業所でお支払になる報酬の起算日と〆日及び支払日をご記入ください。																											
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	起算日 ()日	翌月()日																									
		令和 年 月 日 まで	〆日 ()日	支払日 当月()日																									
	勤務状況	出勤は○ 有給は△ 公休は□ 欠勤は/ でそれぞれ表示してください。																											
	令和 年 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	出勤	有給																									
	令和 年 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	日																									
	令和 年 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	日																									
	上記の期間に対して、賃金を支給しましたか。	はい ・ いいえ																											
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																												
	報酬の名称	支給対象期間	支給額	月 日～ 月 日	円																								
	月 日～ 月 日	円	月 日～ 月 日	円																									
	月 日～ 月 日	円	月 日～ 月 日	円																									
「いいえ」と回答された場合は右記をご記入ください。	現在までに又は将来も支給しない場合はその旨	・ 当社規定により支給しない ・ 後日支給予定 () 月頃 ・ その他 ()																											
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	担当者名																											
	事業所所在地																												
	事業所名称																												
	事業主氏名	電話 ()																											

※欠勤控除計算方法については、添付する賃金台帳に記入してください。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名	療養を担当した医師の方へのお願い ・保険給付をおこなうにあたり重要な書類になりますので、症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入をお願いします。																													
	傷病名 (※1)	(1).	療養の給付を	(1)平成・令和 年 月 日																											
		(2).	開始した日	(2)平成・令和 年 月 日																											
	発病または負傷の原因	発病または負傷の年月日 平成・令和 年 月 日																													
		傷病が結核性であるか否か 結核性 ・ 非結核性																													
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から	うち入院期間	令和 年 月 日 から	日間																										
		令和 年 月 日 まで	(※2)	令和 年 月 日 まで	日間																										
	診療日を○で囲んでください。	令和 年 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																												
		令和 年 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																												
		令和 年 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																												
診療実日数	日	療養費用の別	健保 公費 ()	転帰	治癒 中止																										
			自費 その他 ()		繰越 転医																										
上記の期間中における主たる傷病の「主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しく記載をお願いします。																															
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																															
◎就労の見込みについて() 月 日頃から就労可能の見込み ・ 現時点では不明)																															
人工透析を実施または人工臓器を装着した時	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日																													
	人工臓器等の種類	人工透析 ・ 人工肛門 ・ 人工関節 ・ 人工骨頭 ・ 心臓ペースメーカー ・ その他 ()																													
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																															
	医療機関の所在地																														
	医療機関の名称																														
	医師の氏名	電話 ()																													

※記載内容について、文書等で詳しくご指示いただく場合がございますので、ご協力をお願い致します。

(※1) 「傷病名」には、「その傷病に対する療養(治療)のために、労務に服することができなくなった」傷病名をご記載お願い致します。

(※2) 「労務不能と認められた期間」には、医師の記載日以降の日(未来日)に対しては記載しないようお願い致します。

傷病手当金請求にともなう療養状況報告書

請求期間中の療養状況等について、以下の問いにご回答ください。

- いつ頃から、どのような自覚的症状があり、どのような状態のため通院を開始し、その後労務に服することができなくなりましたか。（詳細に記入してください）

- 負傷または発病の要因に思い当たる点がありますか。また、健診などで指摘を受けたことはありますか。

- 現在の身体の具合・自覚的症状・日常生活の様子（詳細に記入してください）

- 今後の治療予定について

- 今後の復職見込みについて（該当箇所に○をしてください）

（ 令和 年 月 日頃 より 復職 又は 復職の見込み ・ 現時点では未定 ）

- 請求者以外の緊急連絡先

氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ Tel (_____ - _____)

上記のとおり、報告いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記号 _____ 番号 _____

住所 _____

被保険者氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

健康保険

負傷原因届

被保険者情報

記号		番号	
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
自宅住所		電話番号(日中の連絡先) ()	
事業所名		所在地	

負傷した方

氏名		被保険者との 続柄	
傷病名 (負傷した部位)		負傷日時	平成 令和 年 月 日 時頃
負傷した時間帯 (状況)	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・その他() 通勤途中(出勤・退勤)⇒(寄り道等有・寄り道等無し)		
負傷場所	会社内・路上・駅構内・自宅・その他()		
該当するものは ありますか。	交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場行事・職場行事以外) 動物による負傷(飼い主有・無)・該当なし		
負傷した時の状況 を具体的にご記入 下さい。			

令和 年 月 日、上記のとおり届出いたします。

受 付 印

※交通事故や相手がいる場合は、別途届出が必要となりますので、

石油健保・給付課(03-3265-3306)までご連絡ください。

傷病手当金請求書について

傷病手当金は被保険者が業務外の病気やケガで療養のため労務不能となり、その間給与等が支払われな
いとき、健康保険から給付をおこない被保険者の生活の安定を図る制度です。

傷病手当金の支給要件

被保険者が傷病手当金を受けるには、次の要件を満たしていることが必要です。

- ①業務外の事由で発生した病気やケガで療養のために仕事を休んでいること
- ②労務不能であること
- ③4日以上仕事を休んでいること(連続した3日間の待期をおき、4日目から支給)
- ④休んだ期間に給与の支払いがないこと

支給額と支給期間

傷病手当金の支給額は、1日について標準報酬日額の3分の2が支給されます。なお、会社から報酬(給与)
を受けている場合は支給されません。ただし、受けている報酬が傷病手当金の額より少ないときは、その差額
が支給されます。

支給期間は、同一の病気やケガについて支給を受けた日から通算して1年6ヶ月に達する日までです。

※「同一の病気やケガ」とは、病名が異なっても関連があると認められる病気は、同一の病気として扱われま
す。

障害年金との調整

傷病手当金の受給中に、同一の病気やケガで厚生年金保険の障害年金(及び障害基礎年金)又は障害手
当金が支給される場合、傷病手当金の支給はされません。ただし、障害厚生年金の360分の1の額が傷病手
当金日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

退職後の傷病手当金

退職後、資格喪失された方も次の2つの要件を満たしていれば、継続して傷病手当金を受け始めた日から起
算して(労務可能になるまで)1年6ヶ月の範囲で受けることができます。

- ①被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して被保険者期間が1年以上であること
- ②資格を喪失した際、傷病手当金を受けていたか又は受けられる状態にあったこと

※「受けられる状態」とは、被保険者期間中に報酬(給与)を受けていたことにより支給停止となっていた場合
です。

老齢又は退職を支給事由とする年金との調整(退職後の傷病手当金)

老齢基礎年金・厚生年金等の支給を受けることができる場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、各種
年金の360分の1の額が傷病手当金日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

～被保険者の方へ～

- ・被保険者の印はすべて同一の印を使用してください。
- ・初めて傷病手当金を請求される場合は発病の原因及び経過を詳しく記入してください。
(いつごろから、どのような自覚的症状があり、どのような状態のため労務不能となったかなど)
- ・請求はできるだけ1ヵ月ごとに申請してください(会社の給与の締日にあわせて)
- ・医師の意見欄は傷病手当金を支給決定するにあたり重要となりますので、医師に記載いただくときにでき
るだけ詳しく記載いただけるように、お願いしてください。
- ・傷病手当金は、療養のため労務に服することができず休んだときに給付がされます。よって、退職後の請求
時就職ができないため労務に就いていないなどの理由では給付をおこなうことはできません。

～添付書類～

- ・障害年金や老齢年金などの各種年金を受給している場合は、直近の年金振込通知書の写
- ・退職後の請求をされる方は、傷病手当金に関する療養状況報告書
現在お使いの保険証の写(任意継続被保険者を除く)
- ・退職後、雇用保険の給付・延長の手続きをした場合は、雇用保険被保険者離職票や延長通知書などの写

～事業主の方へ～ 以下の書類の添付をお願いいたします。

- ・休業にあたり診断書があれば診断書の写
- ・請求期間にかかる出勤簿・賃金台帳の写
※第1回目及び申請期間が継続していない場合の請求時は請求期間以前で1ヶ月通常通り勤務している月
から請求期間までの出勤簿・賃金台帳の写
※傷病名が脳梗塞(出血)・心筋梗塞・うつ病などの場合は、発病前6か月分の出勤簿・賃金台帳の写
※出勤簿には「出勤・有給休暇・公休日・欠勤」等、勤怠の表示をお願いします。
※欠勤控除の算出方法を賃金台帳に記載してください。
(例:控除対象金額÷1ヶ月の所定労働日数×欠勤日数=欠勤控除金額)
※通勤手当が明記されていない場合、その有無。また、その支払い方法を賃金台帳に記載してください。
(例:○月○日～○月○日の○ヶ月定期代○○○円を○月○日に支給)
定期を解約して被保険者から徴収した場合は、徴収した期間と徴収した額の計算方法を記載してください。

～療養を担当した医師の方へ～

- ・労務不能と認めた期間は、治療期間でなく、傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認めた期間
の記載をお願いいたします。
- ・労務不能と認めた期間については、未来日は記入しないでください。
- ・「主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」、「症状経過からみて、従来の職種について労務不能
と認められた医学的な所見」をなるべく詳しくご記入をお願いいたします。
- ・証明内容に訂正がある場合は、医師の氏名欄で捺印いただいた印と同一印を訂正印として使用してください。
- ・ご記入いただいた意見書の内容について、文書等で詳しくご教示いただく場合がございますので、ご協力をお
願いいたします。

※なお、添付書類については、主に必要なものを掲載しています。場合によっては別途添付書類を提出いた
だく場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

ご不明な点は石油製品販売健康保険組合・給付課(Tel.03-3265-3306)までご連絡ください。