

# 健康保険 傷病手当金（傷病手当付加金・延長傷病手当付加金）請求書

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

※第1回目の請求は、別紙「記入上の注意」をよく読んで記入し、併せて「同意書」も提出してください。  
 ※退職後の請求も、在職時の記号・番号で記入してください。

健保受付番号

被 保 険 者	（第1回目）記入日：令和 元 年 6 月 1 日		被保険者証の記号・番号		61 - 123456		健康保険番号				
	事業所名 <small>（出向者は原籍の会社名）</small>	ヤマハ発動機株式会社		被保険者氏名 <small>（フリガナ）</small>	ヤマハ タロウ		印	※被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の印は不要です。（遺族請求時は、印鑑証明印を押印）			
	現在の所属 <small>（部・課・係・班・G等）</small>	浜松製造部生産1課		氏名 <small>（申請者）</small>	山葉 太郎		山 葉				
	職場外線TEL	053-424-7722		生年月日	昭和 平成 40 年 5 月 7 日				性別	男・女	
発病・負傷時の業務内容 <small>（退職者は退職前の仕事の内容）</small>	ラインにてエンジン部品の製造		自宅住所	〒 430 - 1101 浜松市中区中沢町1111							
傷病名	胃潰瘍		電話番号	固定	053 - 472 - 1000		携帯	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
この傷病の原因は労働災害または他人の行為によりますか？			①いいえ ②はい⇒「第三者の行為による傷病届」を提出								
者 記 入 欄	請求期間 <small>第1回目の請求は、待期の3日も含める</small>	平成 令和 元 年 5 月 15 日～平成 令和 元 年 5 月 28 日（14日間）									
	請求期間の内、入院した期間	平成 令和 元 年 5 月 15 日～平成 令和 元 年 5 月 22 日（8日間）									
	発病又は負傷の日時	平成 令和 元 年 5 月 15 日 午前 午後 9 時頃									
	発病又は負傷の場所	①会社（仕事） ②通勤途中 ③自宅 ④その他（ ）									
発病又は負傷の状況 <small>（毎回記入のこと）</small>	朝食時、胃が重く感じられたが、仕事を始めてしばらくして胃が痛くなり、有休をもらって病院へ行ったところ、胃潰瘍と診断され、即入院となりました。										
入 欄	請求期間中	仕事につけない症状を詳しく 治療の為、入院。その後、自宅にて1週間安静にし、復職しました。									
	職場復帰について	①現段階では未定 ②復帰予定（月 日より） ③復帰している（5月29日より）									
	障害年金・障害手当金の受給について	①受給なし ②受給中 ③申請中		②③の場合、支給事由の傷病名		②の場合、基礎年金番号		年金コード			
	老齢・退職年金の受給	①受給なし ②受給中 ③申請中 ⇒ 退職者で②の場合は「年金証書（写）」添付（1回目のみ）									
振 込 先	※在職者・退職者は給与振込口座、任意継続加入者は「ゆうちょ銀行」、遺族請求は請求者の口座を記入してください。										
	金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号				名義人名	事業所担当者 口座確認印		
	静岡	浜松営業部	普通	1	2	3	4	5	6	7	ヤマハ 山葉 太郎
	コードNO 149	コードNO 361									
ゆうちょ銀行	記号（5桁）		番号（8桁）								
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（被保険者証の記号番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です。） ※ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票写し等）」及び「身元確認書類（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。											
備考											

診 療 担 当 医 師 の 意 見 欄	傷病名	発病（負傷）の原因		← 主治医に証明をもらってください。		
		発病（負傷）した日		平・令 年 月 日		
		診療開始日		平・令 年 月 日		
	上記被保険者記入の請求期間の内、労務不能と認められた期間	左記の内、診療実日数		外来	日	入院
平成・令和 年 月 日から	入院した期間		平・令 年 月 日から			
平成・令和 年 月 日まで（日間）	転帰		平・令 年 月 日 治癒 継続 転医 中止 死亡			
上記期間中の主病状および経過概要（検査結果等を交えて詳しくお願いします）	以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 ← 請求期間の最後の日以降の日付で、証明してもらってください					
症状・経過からみて、労務不能と認められた医学的な所見	医療機関の住所・名称・電話番号					
この傷病により休業する前の業務に就ける状態になる見込み	医師氏名					

必ず記入 被保険者証の記号-番号 61 - 123456 被保険者氏名 山葉 太郎

被保険者が記号-番号、氏名を記入してください

※年号は和暦でご記入ください。賃金台帳で、控除額の場合は数字の頭に△をつけてください。

事業主証明欄	出勤簿(写)	平・令 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	平・令 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	平・令 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	
	出勤簿(写)の表示例	出勤-出 公休-公 有休-有 病欠-病 事故欠-欠 代休-代 特休-特 (有給・無給の別を明記)			
	区分	支払月	平・令 年 月	平・令 年 月	平・令 年 月
	基本賃金計算期間		/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	欠勤控除をした月の欄に記入してください	稼働日数	日	日	日
		出勤した日数	日	日	日
		有給の休み	日	日	日
		無給の休み	日	日	日
	(時給者:時給額×勤務時間)	( 円× H)	( 円× H)	( 円× H)	( 円× H)
	基本賃金	円	円	円	円
諸手当	休日・時間外手当	月分	月分	月分	
	家族手当	月分	月分	月分	
	1ヶ月の所定額	月分 △	月分 △	月分 △	
	通勤手当	月分	月分	月分	
	1ヶ月の所定額	月分 △	月分 △	月分 △	
	月分	月分	月分	月分	
	月分	月分	月分	月分	
	月分	月分	月分	月分	
	月分	月分	月分	月分	
	月分	月分	月分	月分	
遅・早・時短の控除額	月分 △	月分 △	月分 △		
基本賃金欠勤控除額	月分 △	月分 △	月分 △		
総支給額					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			特記事項	職場復帰について 月 日 復帰 済み・予定、未定	
事業所所在地 事業所名称 代表者氏名			(印)		

事業主証明欄は記入しないで、上記請求書と一緒に会社の健保窓口へ提出してください。

- ・訂正した場合は、事業主の訂正印を押してください。
- ・出勤簿・・・請求期間が月の途中から始まったり、終了した場合でも、その月の1ヶ月分を証明してください。
- ・賃金台帳・・・翌月に支給や控除がある場合、請求期間の翌月分まで証明してください。

健保使用欄	資格取得日	昭・平 年 月 日	支給期間	自:平・令 年 月 日	理由	減額合計 円	健保受付印
	資格喪失日	平・令 年 月 日		至:平・令 年 月 日 日間			
	支給開始日	平・令 年 月 日		H・R.年.月.日~H・R.年.月.日(日間)×減額/日= 円			
	支給開始前12月間の標準報酬月額	年 月~年 月(月間) 千円	法第108条 該当	理由	期間 H・R.年.月.日~H・R.年.月.日(日間)		
		年 月~年 月(月間) 千円					
	平均標準報酬月額	円/月	不支給 全部	理由	期間		
	標準報酬月額	円/日					
	法定支給額	円/日					
	付加給付額	13.34%・3.34% 円/日					
	延長付加給付額	60%・50% 円/日	支給額	傷病手当金	円		
		傷病手当付加金		円			
		延長傷病手当付加金		円			
		合計		円			

ヤマハ健康保険組合 (傷病手当金請求書)