

# 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 回目) 記載日：令和 年 月 日		被保険者証の記号-番号		—		—	
	事業所名 <small>(出向者は原籍の会社名)</small>			被保険者 氏名 (申請者)		フリガナ		印
	現在の所属 <small>(部・課・係・班・G等)</small>			生年月日		昭和・平成 年 月 日		
	職場外線TEL			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>			自宅 住所		〒		
	傷病名			電話番号		固定 — — 携帯 — —		
	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 年 月 日～平成・令和 年 月 日 ( 日間)					
	請求期間内、入院した期間		平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日 ( 日間)					
	発病又は 負傷の 状況 (毎回記入 のこと)	日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時頃					
		場所	①会社 (作事中・休憩中) ②通勤途中 ③自宅 ④その他 ( )					
	請求期間中		仕事につけない症状を詳しく					
	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 ( 月 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)						
介護保険法のサービス を受けたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称		
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。							事業所担当者 口座確認印
	金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号		名義人名		
	コードNO	コードNO	普通			フリガナ (カタカナ) も必ず記載してください。		
	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			

※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)

診 療 担 当 医 師 の 意 見 欄	傷病名		発病 (負傷) の原因					
			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内、労務不能と認めた期間		左記の内、診療実日数		外来	日	入院	日
	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)				平・令 年 月 日まで ( 日間)			
	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)		転帰		平・令 年 月 日 治癒 継続 転医 中止 死亡			
症状・経過からみて、労務不能と認められた医学的な所見		以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 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	—	被保険者氏名
------	-------------	---	--------

※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	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)																															
賃金	区分	平・令 年 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							日									
		出勤した日数	日							日							日							日									
		有給の休み	日							日							日							日									
		無給の休み	日							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										
	台帳	休日・時間外手当	月分							月分							月分							月分									
		家族手当	月分							月分							月分							月分									
1ヶ月の所定額		月分 △							月分 △							月分 △							月分 △										
通勤手当		月分							月分							月分							月分										
1ヶ月の所定額		月分 △							月分 △							月分 △							月分 △										
(1ヶ月の所定額も記入)			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 △							月分 △										
基本賃金欠勤控除額	月分 △							月分 △							月分 △							月分 △											
総支給額																																	
欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																
	事業所所在地 事業所名称 代表者氏名																																
	特記事項 職場復帰について 月 日復帰 済み・予定、未定																																

- (注意)
- ・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。

健康保険使用欄	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	法 第 108 条 該 当	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		不支給 全 部	期間 H・R. 年. 月. 日 ~ H・R. 年. 月. 日 ( 日間 )				
		年 月 ~ 年 月 ( 月間 ) 千円			理由				
	平均標準報酬月額	円 / 月	支 給 額	傷病手当金	円				
	標準報酬日額	円 / 日		傷病手当付加金	円				
	法定支給額	円 / 日		延長傷病手当付加金	円				
	付加給付額	13.34%・3.34% 円 / 日		合 計	円				
	延長付加給付額	60%・50% 円 / 日							

ヤマハ健康保険組合 (傷病手当金請求書)