

【1103】 傷病手当金・付加金／延長傷病手当金付加金 請求書

ポイント

- ・「月」単位での請求になります。(月途中で異動した場合でも、医療機関証明欄が複数になる場合でも、事業主証明欄は、最終日勤務の証明をする方が、一枚にまとめて記入し証明してください。)
- ・「無給」に対する休業給付になります。
 - ※年金等 (D) やその他 (住宅手当等) (E) の報酬がある場合、調整が必要になることがあります。
 - ※ (D) と (E) の両方に報酬がある場合は、どちらか多い方の金額を調整します。
- ・提出先は、会社の事務担当となります。(被保険者の退職後および任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください)
 - ※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合は、備考を読んで該当する箇所を二重抹線してください。
- ・労務不能の予定であったとしても、将来に対する請求は出来ません。(過去の実績に対してのみ、請求が出来ます。)

記入内容

1 / 2

- ・請求書の提出日、勤務箇所(任意継続の方は未記入)、氏名(被保険者が自署の場合は、押印は不要)、押印(ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要)、電話(自宅・携帯)は、問い合わせができるように記入
 - (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
 - (3) 傷病名を記入(医療機関証明欄の傷病名を記載)
 - (4) 支給開始日は、3日間連続で労務不能となった後の最初の支給日(起算日)を記入
 - (5) 請求期間は、請求月において労務不能で休んだ初日から最終日までを記入
(ただし初回請求月においては、支給開始日から労務不能で休んだ最終日までを記入)
 - (6) 請求日数は、請求期間のうち、無給の日数を記入
- ・発病又は負傷の原因及び経過欄については、発生日等を詳細に記入して①②③④は必ず確認をして、はい いいえにチェックを入れる
- ・障害厚生年金等の受給欄については、該当するにチェックを入れ、障害年金、障害手当金を受給している場合はあわせて、受給傷病名を記入
 - ※傷病手当金の受給傷病名との関係を確認して、調整が必要かの判断をします。
- ・細枠内の「請求の内訳」「請求期間中の (D)」「事業主記入欄」は記入不要
- ・事業主証明欄は、事業主で記入していただき、押印が必要(任意継続の方は記入不要)

2 / 2

- ・事業主証明欄は、事業主で記入していただき、押印が必要(任意継続の方は記入不要)
- ・医療機関証明欄は、医療機関で記入していただき、医師の押印が必要

傷病手当金・付加金 延長傷病手当金付加金 請求書

1103

1/2

※ 被保険者等は太枠内を記入

令和元年5月改訂版

下記のとおり、事業主を経由して請求いたします。

平成31年 4月 1日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

勤務箇所 ○○駅

電話(自宅・携帯) 000-0000-0000

氏名 健保太郎

※ 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

0000

00000000

(3)傷病名

大腿部骨折

(4)支給開始日

7 310314

(5)請求期間

7:平成 9:令和 年 月 日 (6)請求日数

7 310314 から

7 310331 まで

18 日間

7:平成 9:令和 年 月 日


7:平成 9:令和 年 月 日

発病又は 負傷の原因 及び経過 ※具体的に 記入	いつ	平成31年 3月 11日	どこで	自宅
	どのように	階段にて転倒した		
①勤務時間中ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ②通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ③他人の行為による発病又は負傷ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ④車両等(自転車を含む)が関係する事故ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				

障害厚生年金、障害 基礎年金、障害手当 金又は老齢厚生年金 等の受給について	<input type="checkbox"/> 申請中である (申請書控えの写し及び誓約書を添付して下さい) <input type="checkbox"/> 受給している又は支給停止中 (最新の年金支給額通知書の写しを添付して下さい) <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金、障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 ※障害年金、障害手当金を受給している場合：受給傷病名 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない			

請求 の内 訳	傷病手当金 (A)	標準報酬月額(当月)	割合	請求日数	請求 金 額	<input type="checkbox"/> 基本はA+B又はC <input type="checkbox"/> D・E欄に記入額がある ときは A+B又はCから DとEの金額が高い方を 引く 197154 円	
	傷病手当金 付加金(B)	(13,670)	$\frac{2}{3}$	18			= 164,034円
	延長傷病手当金 付加金(C)	()	$\frac{11}{60}$	18			= 45,108円
		()	$\frac{2}{3} + \frac{11}{60}$		=	円	

請求期間中に上記の年金等の支払いがあったとき。又は、支払いがなされる場合の額(D)
 年 月 日から 年 月 日まで 日間分 円

事業主の証明欄について相違ないことを証明します。 令和元 年00 月00 日
 所在地 ○○県○○市○○区○○
 名称 ○○株式会社
 事業主名 ○○ ○○ ○○ 

事業所使用欄	箇所長		電話	000 - 0000	健保担当課		事業主整理番号	0000
--------	-----	---	----	------------	-------	---	---------	------

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に請求する場合は「下記のとおり、事業主を経由して請求いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分に二重線で抹線して提出して下さい。その場合についても各証明欄に証明を受けて下さい。

傷病手当金・付加金等 請求書
事業主の証明及び医療機関の証明

2/2

事業主の証明欄	前月分 出務表の写し (初回のみ記入)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		特休	公休	出勤	出勤	出勤	出勤	年休	特休	公休	出勤	出勤	出勤	出勤			
	平成31年3月分 出務表の写し	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		出勤	特休	公休	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤	特休	公休	病気	病気	病気	病気	特休	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		公休	病気	病気	病気	病気	特休	病気	特休	公休	病気	病気	病気	病気	病気	特休	公休
上記請求期間中に 報酬等の支払いが あったとき(E)	月額(20,000)円÷30=日額(666)円(小数以下切り捨て) 日額(666)円×請求日数(18)日=報酬控除額(11,988)円 ※各()内に記載 ※報酬支払がない場合は「月額()円」に「0円」のみ記載																
給与事務担当者 氏名 ○○ ○○ (印)	平成31年 4 月 1 日 電話																

医療機関の証明欄	該当者氏名	健保 太郎		生年月日	昭和00年00月00日													
	傷病名	大腿部骨折 <small>※傷病が複数の場合は、主傷病に(主)とご記入下さい。</small>		傷病発生日	平成31年 3 月 11 日 <small>※特定困難な場合、「不詳」とご記入下さい。</small>													
				初診日	平成31年 3 月 11 日													
	発病又は 負傷原因	階段での転倒		処方	<input checked="" type="checkbox"/> あり(3 月 25 日に10 日分) <input type="checkbox"/> なし													
	★労務不能と 認められた期間	平成31年 3 月 11 日から 平成31年 3 月 31 日まで 21 日間																
	上記★中に入院があった場合	平成31年 3 月 12 日から 平成31年 3 月 18 日まで																
	上記★中の 診療日	平成31年 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	※上記左欄の『年 月』に労務不能期間中の受診年月をご記入下さい。右欄の数字は、日にちを表しています。 受診日を○で囲んで下さい。																	
	労務不能と認められた医学的所見 ※治療状況、療養指導、症状経過等を、具体的にご記入下さい。																	
	初診時は痛みが激しく、一人では歩行困難な状態だった。 入院加療後、リハビリのため2週間の療養を要した。 元年6月1日から復職可能と判断。																	
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成31年 4 月 1 日																	
	所在地	○○県○○市○○区○○○○																
	名称	○○医院																
	電話	000-0000-0000		医師名	○○ ○○ (印) (印)													
	※医療機関名称・所在地は、ゴム印(スタンプ等)を使用して下さい。 ※健康保険法第99条に基づき、ジェイアールグループ健康保険組合から、証明内容について電話等でお問合せする場合があります。																	

※この証明欄に直接記入できない場合は、その理由を所見欄に記入して頂くか、理由の記載された書面を添付して下さい。