

# 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。

年 月 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

電話(自宅・携帯)

氏 名

Ⓜ

※ 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

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(3)傷病名

(4)支給開始日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(5)請求期間

7:平成 9:令和 年 月 日 (6)請求日数

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

まで

--	--	--	--	--	--

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

いつ

年 月 日

どこで

どのように

及び経過  
※具体的に  
記入

①勤務時間中ですか はい いいえ

②通勤途上ですか はい いいえ

③他人の行為による発病又は負傷ですか はい いいえ

④車両等(自転車を含む)が関係する事故ですか はい 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

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)

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)

老齢厚生年金  障害厚生年金、障害基礎年金  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 ( )

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 ( ) × $\frac{2}{3}$ × [ ] = 円	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 [ ] 円
	傷病手当金 付加金(B)	標準報酬月額(当月) 割合 請求日数 ( ) × $\frac{11}{60}$ × [ ] = 円		
	延長傷病手当金 付加金(C)	標準報酬月額(当月) 割合 請求日数 ( ) × $(\frac{2}{3} + \frac{11}{60})$ × [ ] = 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。

年 月 日

所在地

名称

事業主名

Ⓜ

事業所使用欄 箇所長 Ⓜ 電話 - 健保担当課 Ⓜ 事業主整理番号

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

<b>事業主の証明欄</b>	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
	年 月分 出務表の写し	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
	上記請求期間中に報酬等の支払いがあったとき(E)	月額( )円÷30=日額( )円(小数以下切り捨て) 日額( )円×請求日数( )日=報酬控除額( )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	年 月 日															
	氏 名	Ⓜ										電 話					

<b>医療機関の証明欄</b>	該当者氏名											生年月日	年 月 日									
	傷病名	※傷病が複数の場合は、主傷病に(主)とご記入下さい。										傷病発生日	年 月 日									
												初診日	年 月 日									
	発病又は負傷原因											処 方	<input type="checkbox"/> あり( 月 日に 日分) <input type="checkbox"/> なし									
	★労務不能と認められた期間	年 月 日から										年 月 日まで										日間
	上記★中に入院があった場合	年 月 日から										年 月 日まで										
	上記★中の診療日	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					
	※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。																					
-----																						
-----																						
-----																						
-----																						
上記のとおり相違ないことを証明する。										年 月 日												
所在地																						
名 称																						
電 話										医師名 Ⓜ												
※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。