

《 記入例は 2・3 枚目を参照 》

【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。(月途中で移動した場合でも、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」に対しての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、会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。
(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。)
- ・労務不能の予定であったとしても、将来に対する請求はできません。(過去の実績に対してのみ、請求ができます。)

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、電話番号(自宅・携帯)は、問い合わせができるように記入
- (1)・(2) は、被保険者等記号・番号を記入
- (3) 傷病名を記入 (医療機関の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いれ、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

2 / 2

- ・事業主の証明欄は、事業主で記入
- ・医療機関証明欄は、医療機関で記入を依頼してください。

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

下記のとおり、事業主を経由して請求いたします。

令和2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

(1)被保険者等記号

(2)被保険者等番号

0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0

(3)傷病名

(4)支給開始日

大腿部骨折

9 0 2 0 3 1 4

(5)請求期間

7:平成 9:令和 年 月 日 (6)請求日数

9 0 2 0 3 1 4 から

9 0 2 0 3 3 1 まで

1 8 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	令和2年3月11日	どこで	自宅
	どのように	階段にて転倒した		
及び経過 ※具体的に 記入	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)	算定平均標準報酬額(日額) 割合 請求日数 (13,670) × $\frac{2}{3}$ × 18 = 164,034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 1 9 7 1 5 4 円
	傷病手当金 付加金(B)	算定平均標準報酬額(日額) 割合 請求日数 (13,670) × $\frac{11}{60}$ × 18 = 45,108円		
	延長傷病手当金 付加金(C)	算定平均標準報酬額(日額) 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。

令和0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
--------	-----	----	------------	-------	---------	------

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	出勤	特休	公休	出勤	出勤	出勤	出勤			
	令和2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	病欠	病欠	病欠	病欠	特休	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		公休	病欠	病欠	病欠	特休	病欠	病欠	特休	公休	病欠	病欠	病欠	病欠	病欠	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	〇〇〇〇										令和2年4月1日 電話 000-0000-0000						

医療機関の証明欄	被保険者 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		傷病発生日	令和2年3月11日 <small>※特定困難な場合、「不詳」とご記入下さい。</small>													
	<small>※傷病が複数の場合は、主傷病に(主)とご記入下さい。</small>			発病又は 負傷原因	階段での転倒													
				初診日	令和2年3月11日													
			処方	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし														
★労務不能と 認められた期間	令和2年3月11日から 令和2年3月31日まで 21日間																	
上記★中の 令和2年3月 の診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	診療実日数
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				2 日間
	<small>※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。上記の数字は、日にちを表しています。受診日を○で囲んで下さい。</small>																	
入院があった場合	令和2年3月12日から 令和2年3月18日まで																	
理由の記載された書面を添付して下さい。	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。 2年4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。	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日																	
所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇																	
名称	〇〇 医院																	
電話	000-0000-0000			医師名 〇〇 〇〇														
<small>※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。</small>																		