

# 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3年4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

---

(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

7:平成 9:令和 年 月 日 から 7:平成 9:令和 年 月 日 まで 日間

発病又は 負傷の原因 及び経過 ※具体的に 記入	いつ	年 月 日	どこで	
	どのように			
①勤務時間中ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
②通勤途上ですか		<input type="checkbox"/> はい <input 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 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 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

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)	算定平均標準報酬額(日額) 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)	算定平均標準報酬額(日額) 割合 請求日数 ( ) × $\frac{11}{60}$ × ( ) = 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。 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
--------	-----	----	---	-------	---------

**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 氏 名	年 月 日															
		電 話															

<b>医療機関の証明欄</b>	被 保 険 者 氏 名												生 年 月 日	年 月 日						
	傷 病 名												傷 病 発 生 日	年 月 日						
													発 病 又 は 負 傷 原 因	※特定困難な場合、「不詳」とご記入下さい。						
													初 診 日	年 月 日						
													処 方	<input type="checkbox"/> あり <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★中の 年 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 日間
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		入院があった場合	年 月 日から 年 月 日まで																	
		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。																			
	所在地																年 月 日			
	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。