

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回目)

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

請求回数を記入してください。

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称 (株)リクルートスタッフィング	会社名
	被保険者の氏名と印	健保 一郎		生年月日	1. 昭和 2. 平成 49年 1月 16日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 221-0056 横浜市神奈川区金港町6-20		電話番号	〇〇〇



仕事内容は「事務員」等ではなく「プログラマー」等具体的に記入してください。(退職後の期間の請求であっても、在職時の仕事内容を記入してください。)

申請内容	仕事の内容	経理事務			
	①傷病名	1) 十二指腸潰瘍	2)	療養が長期に渡る場合は約1ヵ月程度ごとに請求してください。「1月31日~3月2日」等、月が3ヵ月にまたがる場合は2セット作成してください。	
	②初診日	1) 平成 5年 3月 27日 令和	2) 平成 令和	日	
	③発病又は、負傷の原因	(ご自身のわかる範囲でご記入ください)		④ ③は他人の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
	⑤療養のため休んだ期間	平成 5年 3月 27日 から 平成 5年 4月 25日 まで 30 日間 令和			
	⑥ ⑤の期間に給与などの報酬はありましたか	1. はい 2. いいえ			
	⑦ ⑤の期間に労務(アルバイト等含む)に就きましたか	1. はい 2. いいえ			
	⑧ ⑤の期間に労災・損保等から休業補償を受けていますか	1. はい 2. 請求中 3. いいえ			
	⑨障害厚生(基礎)年金又は障害手当金の状況	受給請求状況	1. 受給していない 2. 受給している 3. 請求中 ※		
		年金種別	1. 障害厚生(基礎)年金	年金番号	年金額 円(年額)
支給開始年月日	平成 令和 年 月 日	障害厚生(基礎)年金又は障害手当金受給の原因となった傷病名			
⑩高齢又は退職を事由とする公的年金の状況	受給請求状況	1. 受給していない 2. 受給している 3. 請求中(健康保険の資格を喪失された方はご記入ください)			
	支給開始年月日	平成 令和 年 月 日	年金番号	⑩は資格喪失後、継続して請求される場合のみ、該当するものを○で囲んでください。 年額	

該当するものを○で囲んでください。



振込先指定口座	【口座名義の区分】 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)																			
	銀行名	支店名		支店コード	預金種別															
	三井住友 銀行	新宿 支店		2 2 1	① 普通 2. 当座															
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)																		
1	2	3	4	5	6	7	ク	ン	ホ	。	イ	チ	ロ	ウ						
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先し、給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付が滞ります。)										口座名義はカタカナでご記入ください。またゆうちょ銀行の口座を希望される場合、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。										

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和
	被保険者 氏名	住所 〒	印 ※住所は
	代理人 (口座名義人) 氏名	住所 〒	印

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

健康保険傷病手当金請求書 (事業主記入用)

※約1ヵ月程度ごとの期間でご証明ください。

被保険者の氏名	健保 一郎			
A 労務に服さなかった期間	令和 5 年 3 月 27 日 から 令和 5 年 4 月 25 日 まで 30 日			
B【出勤状況】 出勤は○、有給は△、公休は●、欠勤は× で、それぞれ表示してください				
①令和 5 年 3 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	計 0 日	出勤 有給 公休日について 1. 有給である 2. 無給である	
②令和 5 年 4 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	計 0 日	出勤 有給 公休日について 1. 有給である 2. 無給である	
事業主が証明するところ	C 傷病手当金請求書の1/3枚目と3/3枚目を会社の人事(社会保険担当)にお送りいただくと、会社が2/3枚目を記入のうえリクルート健保に提出します。			日
	D リクルートスタッフィングの派遣スタッフの方は、リクルートスタッフィング SS課 (TEL : 0120 -545 -106 ) に提出先をご確認ください。			日
	E 上記以外に報酬を支給した場合または支給する場合にご記入ください。			日
	F 労務に服さなかった期間に報酬の支払いがない場合にご記入ください。			日
	<input checked="" type="checkbox"/> 現在までも将来も支給しない <input type="checkbox"/> その他( )			3 日
上記の通り提出いたします。 令和 5 年 5 月 30 日				
事業主	郵便番号 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 東京都××区△△△ 1-1-1 名称 (株)リクルート・スタッフィング 〇〇〇〇〇			
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	〇〇社会保険労務士事務所 〇〇 〇〇			

患者氏名		健保 一郎	
ア. 傷病名	1) 十二指腸潰瘍	2)	3)
イ. 療養の給付を開始した年月日	1) 平成 5 年 3 月 27 日 令和	2) 平成 年 月 日 令和	3) 平成 年 月 日 令和
ウ. 発病または負傷の年月日	令和 5 年	◇3/3枚目の「傷病手当金請求書(療養担当者記入用)」は、 療養を担当された医師が記入する用紙ですので、 被保険者は記入しないでください。 療養を担当された医師に証明をご依頼ください。	
エ. 労務不能と認められた期間	令和 5 年 3 月		
オ. 上記期間の内入院した期間	令和 5 年		
療養を担当した医師が意見を 書くところ	カ. 診療実日数	13 日	診療日及び入院をしていた日を ○で囲んで下さい ①令和 5 年 3 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 ②令和 5 年 4 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
	キ. 転帰	治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医	
	ク. 労務不能と認められた期間中について、下記の項目をできるだけ詳しくご記入ください。	①傷病の主たる症状及び経過 令和5年3月27日に上腹痛主訴により当院を受診。上記傷病名と診断し、即日入院を指示した。症状が軽快したため、令和3年4月6日退院。その後自宅療養を指示。 ②治療内容 検査、十二指腸潰瘍穿孔縫合術施行、投薬。4月6日の退院後も投薬治療を行った。 ③療養指導等 退院後は自宅療養を指示し、令和5年4月13日、24日再診。検査の結果、日常生活・食事などについて指導し、令和5年4月26日からの職場復帰を許可した。	
ケ. 症状の経過から見て、従来職種について労務不能と認められた医学的な所見	上腹痛のため入院。退院後は、令和5年4月25日まで自宅での安静を必要としたため労務不能であった。		
医師の証明欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 令和 5 年 5 月 1 日 医療機関の名称 ABC 総合病院 ※所在地・名称はゴム印を使用してください。 医療機関所在地 〒106-0046 東京都港区南麻布1-2-3 医師の氏名 ○山 ×男 TEL 03 ( 8888 ) 8888		

# 健康保険傷病手当金請求書 注意点及びチェックシート

## 記入に関する注意事項

1. 訂正の際は、間違った部分を二重線で消し、訂正印を押印してください。「療養を担当した医師が意見を書くところ」を訂正する場合、医師の訂正印が必要です。
2. 被保険者の記号・番号は、保険証に記載されています。※資格喪失後の期間のご請求の場合でも、在職中の記号・番号を記入ください。
3. 傷病手当金請求書の③は「不明・不詳」ではなく、ご自身のわかる範囲で記入してください。発病の原因が不明な場合は空欄で結構です。  
**※発病の原因が業務中、通勤中に起因している場合、健康保険の給付ではなく労災保険の給付対象の場合があります。傷病手当金のご請求をする前に状況、原因等について、事業会社の労災担当、人事担当者へ報告を行ってください。**
4. 業務災害、通勤災害に該当せず、傷病手当金請求書の④「他人の行為による」が「はい」の場合、提出前にリクルート健保の第三者行為担当者までご連絡ください。  
(電話0120-501-042 音声ガイドで「1」を選択してください)
5. 傷病手当金請求書の⑤は療養のため休んだ期間（医師が労務不能と認めた期間）を記入してください。療養が長期に渡る場合は、3ヶ月にまたがない約1ヶ月程度の期間でご請求ください。  
具体例：5月30日～7月5日の場合⇒5月30日～6月30日、7月1日～7月5日で2セット作成分かれていない場合、請求書をご返却し、期間を分けて再提出いただく場合があります。
6. 通常の場合、⑤の被保険者の「療養のため休んだ期間」と、医師の「労務不能と認めた期間」は同じ期間となります。請求期間の途中で転院などした場合は、「療養を担当した医師が意見を書くところ」はそれぞれの医師に記入をいただき複数枚ご提出いただくこととなります。
7. 傷病手当金請求書の⑥、⑦について、後日収入に関する証明書類をご提出いただくことがあります。
8. 「療養を担当した医師が意見を書くところ」の医師の証明は請求期間経過後に受けてください。
9. 委任状欄は、給付金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。委任者と代理人それぞれの署名が必要です。（同一筆跡不可）

## チェックシート 申請前に必ずチェックしてください。

- 申請書は1/3～3/3まで計3ページです。1/3ページに記入漏れはありませんか？  
医師が記入する3/3ページも記入漏れがないか提出前に確認してください。医師の意見、証明欄に記入漏れがあった場合は医師に記入を依頼してください。
- 添付書類の添付漏れはありませんか？ 添付書類はリクルート健保のホームページでご確認ください。
  - ・ 第一回目の請求時の添付書類 **健康保険傷病手当金第一回目請求に伴う報告書**
  - ・ 資格喪失後引き続き傷病手当金を請求する方のみ：退職後の請求分の初回申請時に添付してください  
**雇用保険失業給付を受給しない誓約書**（誓約書に加えて提出いただく添付書類は誓約書に記載しておりますので、誓約書に加えてご提出ください。）書類掲載先：リクルート健保→各種手続き→病気で仕事を休んだ時→傷病手当金（手続きシート）
- 今回の申請は業務中、通勤中、あるいは相手のある負傷ではありませんか？  
また、今回の申請期間で労災保険から休業補償を受けている期間のものはありませんか？  
**業務災害・通勤災害の場合、労災保険での休業補償給付の対象となります。**  
該当している場合、事業会社の労災担当、人事担当者へ報告してください。  
相手のある負傷で業務外の場合は、健保の第三者行為担当者へご連絡ください。  
  
**※1 労災保険の休業補償給付と同一の病気やけがのために労務不能となった場合には、傷病手当金は支給されません。**また業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。  
**※2 傷病手当金の給付後に労災保険等から休業補償給付を受けていることが判明した場合は、傷病手当金は返納していただきます。**

## 正しい療養について

健康保険法99条では傷病手当金の支給要件等に関して規定されておりますが、その趣旨は疾病または負傷に対する療養の給付（医療機関での治療・投薬等）を行い労働力の早期回復を計ることが主な目的であることから、正しい療養の給付をなすことが必要となります。

### 《正しい療養とは》

1. 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する。
2. 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り指示通り服薬する。

正当な理由もなく自己判断で受診を中断したり、処方箋が交付されているにもかかわらず服薬しない等、正しい療養をされていない場合、傷病手当金が支給されないことがあります。

傷病手当金請求書をご提出いただいた後、審査を行い、通知書を送付します。  
支給の可否や金額等はお電話でお答えできませんので、通知書でご確認ください。