

常務理事	事務長	係

健保記入欄		資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月	日
日額		前回支給期間	年	月	日	～	年	月	日迄

健康保険 傷病手当金請求書(退職者) (回目) * 傷病手当金の請求期間が資格喪失日以降の場合に使用

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	1324 -		被保険者 氏 名			記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	住 所	〒 -		生年月日	昭 平 令	年	月	日	
				電話番号	()				
	傷 病 名	①		発病または 負傷年月日	①	平 令	年	月	日
		②			②	平 令	年	月	日
		③			③	平 令	年	月	日
	発病時の状況 又はケガの原因	☐ 病気 (発病時の状況)		☐ ケガ ※「負傷原因届」を提出してく ださい。					
	療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		※左欄の期間は傷病手当金の請求期間に なります。					
	障害厚生年金、 障害手当金の受給	☐ 無 ☐ 有→「年金証書(写)」を添付 ☐ 申請中		「有」、「申請中」の 場合はその傷病名					
	老齢または退職を事由と する公的年金の受給	☐ 無 ☐ 有→「年金証書(写)」を添付 ☐ 申請中							
申請内容・ 確認事項	今回の申請期間中に労災保険から 休業補償給付を受けている		☐ はい (請求先) ☐ 労災請求中 → () 労働基準監督署 ☐ いいえ						
	介護保険法のサービス を受けたとき	被保険 者番号	保険者 番号	保険者 名称					
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日記入								
氏 名 (申請者)									

振込 先口 座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付 ※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続 柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相 続人が健保の被扶養者であった場合は不要) □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 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、 公金受取口座を利用できません。	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)		
	金融機関コード		店番号	
	☐ 銀 行 ☐ 信用金庫 <input 2"="" type="checkbox/>()</td><td colspan="/> ☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出張所			
	口 座 番 号		口座名義(かなで記入)	
	普通			

療養を 担当 した 医師 等が 記入 する 欄	患者氏名			生年月日	昭 平 令	年	月	日		
	傷 病 名	①		療養給付 開始年月日 (初診日)	①	平 令	年	月	日	
		②			②	平 令	年	月	日	
		③			③	平 令	年	月	日	
	発病または 負傷年月日	平 年 月 日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因						
	労務不能と 認めた期間	令 年 月 日～ 令 年 月 日迄	日間							
	うち入院期間	令 年 月 日～ 令 年 月 日迄	日間	入院	診療実日数 (入院期間含)	日間	転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医	療養費 用の別	☐ 健保□公費() ☐ 自費□その他
	上記の期間中における「主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)				症状から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見					
					手術年月日: 令 年 月 日 退院年月日: 令 年 月 日					
	人工透析を実施または 人工臓器を装着したとき	平 年 月 日	☐ 実施 ☐ 装着	人工臓器 等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工骨頭 ☐ 人工透析 ☐ その他()					
上記のとおり相違ありません。				令和 年 月 日						
住 所 (所在地)										
医 療 機 関 名										
医 師 名				電 話 ()						

※それぞれの記入欄で訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名(サイン)をご記入ください。

療養状況・日常生活状況報告書（退職者）※毎回添付

※ この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしております。

添付、記入漏れの場合、虚偽の報告の場合は傷病手当金は支給できません。（健康保険法第121条、第120条）
支給決定にあたり、医療機関・現在加入の健康保険の保険者・ハローワークへ照会確認させていただく場合があります。

記入日：令和 年 月 日

在職時の被保険者証の 記号－番号	1 3 2 4 -	被保険者氏名	
---------------------	-----------	--------	--

今回の傷病手当金請求期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）における療養状況・日常生活状況を下記の通り報告いたします。

1	受診状況	☐ 入院 ☐ ほぼ毎日受診 ☐ 週に（ ）回受診 ☐ 月に（ ）回受診 ☐ その他（ ）
2	受診日の決め方	☐ 入院中 ☐ 自身で判断し受診 ☐ 医師の指示日に受診 ☐ 薬がなくなったら受診
3	受診内容 (複数回答可)	☐ 診療 ☐ 服薬 ☐ 検査 ☐ リハビリ ☐ その他（ ） ＊請求期間に受診された医療機関・調剤薬局の領収書及び明細書のコピーを添付
4	服薬について	☐ 薬を処方され指示通り服用する ☐ 薬は処方されるが服用したりしなかったり ☐ 薬は処方されるが服用していない ☐ 薬は処方されていない
5	療養にあたり医師から指示されていること	
6	就労について (アルバイト・パート含む)	・就労について医師からどのように指導されていますか？ ☐ 継続して就労はできない ☐ 症状は改善しているが、しばらく就労はできない（ 年 月 頃から就労可能） ☐ 現時点で就労可能（ ☐ 軽作業なら可 ☐ 短時間なら可 ☐ 就労に問題ない） ☐ その他（ ）
7	自覚症状について (ご自身の症状をできるだけ具体的に記入ください)	
8	症状の経過	☐ 良くなっている ☐ 少し良くなっている ☐ あまり変わらない ☐ 少し良くなっている ☐ 悪くなっている ☐ その他（ ）
9	日常生活の状況について (複数回答可)	☐ 1日中横になっている ☐ 1日（ ）時間程度横になっている ☐ 横になるほどの状態でない ☐ ネットやテレビを見たり、ラジオを聴いたりする ☐ 新聞や本を読む ☐ 家族や友人等と会話をする ☐ 家事をする ☐ ペット（ ）の世話をする ☐ 散歩する ☐ 運動をする ☐ 外出する ☐ 仕事・アルバイトをする ☐ その他（ ）
10	雇用保険（失業給付）について ※毎回添付	☐ 手続きは何もしていない → 離職票1 および 離職票2 のコピーを添付 ☐ 申請したが受取っていない → 雇用保険受給資格者証 のコピーを添付 ☐ 申請して受け取っている → 雇用保険受給資格者証 のコピーを添付 ☐ 療養のため、延長申請をしている → 受給期間延長通知書 のコピーを添付
11	傷病手当金請求期間中に加入している健康保険について	☐ 当健保組合の任意継続保険加入 ☐ その他の健康保険に加入 → 資格が確認できるもののコピーを毎回添付

傷病手当金請求書を提出するときの添付書類

- ☐療養状況・日常生活状況報告書（退職者）
- ☐医療機関・調剤薬局の領収書及び明細書のコピー（傷病手当金請求期間中のもの）
- ☐雇用保険関係書類のコピー（離職票1と2 or 雇用保険受給資格者証 or 受給期間延長通知書）
- ☐健康保険の資格が確認できるものコピー（当健保組合の任意継続保険加入の場合は添付不要）