

この届は必ず事業主経由で提出して下さい。健保に直接提出することはできません。(退職後期間のみの請求の場合を除く)

健康保険 傷病手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 請求回数	第 回目	(2) 記入日	令和 年 月 日	
	(3) 被保険者の 記号・番号	記号 番号	(4) 被保険者の 氏名		
	(5) 被保険者の 現住所	〒 ー			
	(6) 被保険者の 日中連絡先	ー ー (自宅・携帯)		(7) 被保険者の 標準報酬月額	千円
	(8) 被保険者の勤務して いる、または勤務して いた事業所名称・所属	<input type="checkbox"/> アクサ生命保険(株) 局・支社・部・本部 <input type="checkbox"/> アクサダイレクト生命保険(株) 営業所 分室			
	(9) 被保険者の 資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	(10) 被保険者の 業務の種類別	
	(11) 発病または 負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	(12) 傷病名	
	(13) 発病の状態 または負傷の原因				
	(14) 傷病の療養をする ために休んだ期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで 日間
	(15) (14)の期間にかかる 自身の体調および 過ごし方について 詳しく記入				
	(16) (14)に書いた期間に対する報酬はありますか	はい ・ いいえ			
	(17) 「障害手当金」、「障害(厚生)年金」または「老齢(厚生)年金」を受給していますか (請求中を含む)	はい ・ いいえ			
	(18) (17)が「はい」の場合、受給しているものに○をしてください	障害手当金 ・ 障害(厚生)年金 ・ 老齢(厚生)年金			
	(19) 備考(特記事項があれば記載)				
	(20) 振込希望 口座	(a) 金融機関名 および支店名	銀行		
(b) 口座 種類		普通	(c) 口座 番号	フリガナ	名義人氏名

【被保険者の方へ】

1. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
2. 3ページ目にある「請求書記入上の注意」をご確認のうえ、記入してください。
3. 添付書類については、「請求書に添付するもの」をご確認ください。
4. 健康保険証記号番号の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合までご相談ください。

受付日付印

事業主が証明するところ	(21) 被保険者証の記号・番号	記号 番号	(22)被保険者の氏名				
	(23) 労務に服さなかった期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	日間
	(24) 上の(23)の期間中の分として報酬を支給した場合は	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	円
		令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	円
		令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	円
	(25) 報酬を支給しない場合その旨						
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日							
事業主 住所 氏名 電話番号 ()							

【事業主の方へ】

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押してください。
- (24)欄： 給与締めごとに証明をし、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明してください。
- (25)欄： 該当する場合、「現在までも、また将来も支給しない」と明記してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	(26) 患者氏名	(27)傷病名								
	(28) 発病または負傷の原因									
	(29) 発病または負傷の年月日	平成 令和	年 年	月 月	日 日	(30)療養の給付を開始した年月日	平成 令和	年 年	月 月	日 日
	(31) 労務不能と認めた期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	日間	(32) 左の期間中の診療実日数	日間	
	(33) 上の(31)の期間のうち健康保険を使用して入院した期間がある場合はその期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	日間			
	(34) 上の(31)の期間の傷病の主状態および労務不能と認めた理由（具体的に詳しく）									
	上記のとおり相違ないことを証明します。									
令和 年 月 日										
医療機関の名称・所在地 医師の氏名 電話番号 ()										

【医師の方へ】

- (30)の欄は、初診日ではなく、その傷病において健康保険による療養を始めた日を記入してください。
- (31)の欄は、**意見書を記入する日以前**において労務不能と認めた期間を記入してください。（先日付の証明はお受け出来ません）
- (34)の欄は、具体的に詳しく記入してください。**内容により、保険者から照会させていただく場合がありますので、予めご了承ください。**

【請求書記入上の注意】

1. (5)欄：支給決定通知書の送付、および不備書類返却の際に使用いたします。
2. (6)欄：健康保険組合よりお問合せをする際に使用いたします。
3. (9)欄：健康保険証をご確認のうえ、記入してください。
4. (10)欄：「業務の種別」（例 「事務」「営業」など）もしくは「業務内容」を具体的に記入してください。
退職者の場合は、退職時の「業務の種別」もしくは「業務内容」を具体的に記入してください。
5. (13)欄：「いつごろ」、「何が原因で」、「どのように負傷（または発病）した」のかを、できるだけ詳しく記入してください。
負傷の原因が「第三者の行為によるもの」であるときは、別途、健康保険組合に直接ご連絡ください。
「第三者行為による負傷の届出」の提出が別途必要となります。
6. (14)欄：請求期間は、原則として1か月（1日から末日まで）分を1回として、記入をしてください。
7. (15)欄：(14)の期間にかかる自身の状況（体調、過ごしかた など）をできるだけ詳しく記入してください。
8. (18)欄：受給をしているものに○印をしてください。
9. (20)欄：被保険者名義の希望振込口座を記入してください。支店名、口座番号など誤りのないよう記入をしてください。

【請求書に添付するもの】※次に該当する場合は、請求書とともにこちらの書類も提出してください。

《 (23)欄 の労務に服さなかった期間に在籍期間が含まれる場合 》

- 「出勤簿」〈写し〉
- 「賃金台帳」等〈写し〉

《 「障害手当金」を受給している場合 》

- 「支給決定通知書」〈写し〉

《 「障害（厚生）年金」または「老齢（厚生）年金」を受給している場合 》

- 「年金証書」〈写し〉
- 「裁定通知書」〈写し〉

傷病手当金支給までのスケジュール

傷病手当金の支給は、申請該当月の勤怠および賃金が確定した時点で、事業主から健保組合へ提出されます。

支給は、申請該当月から3か月ほど、時間を要しますので予めご了承ください。