

傷病手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) に委任します。				障害年金(手 当金)を受給し ていますか? <input type="checkbox"/> している。 ⇒この欄にご 記入ください。 ※裏面「3.」を ご確認ください。	受給している年金に○をしてください。	
	被保険者証 記号-番号	記号	番号	氏名		・障害厚生年金 ・障害基礎年金	・障害手当金
	住所	〒				障害年金総額(手当金額)	
	所属	(ポストNo.) (内線)				円	
	職種	/ 年齢				支給事由である傷病名	
	傷病名					決定日	平成 年 月 日
	発病または 負傷の原因 (具体的に)	第三者行為によるものですか? <input type="checkbox"/> はい。 労災、通災によるものですか? <input type="checkbox"/> はい。				年金証 書番号 コード	令和 年 月 日
発病または負傷 した日	平成 令和	年	月 日	午前・午後	時頃	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	

↓ 出勤管理責任者の資格のある方のみ記入可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間 (休日を含む)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで											
	・上記期間すべて病欠(会社休日含む)ですか。(はい・いいえ)※いいえに○の場合は以下に記入をしてください。 (今回は初めての申請の場合は、出勤簿の写しも添付してください。)												
	※カレンダーの記入 (病欠:× 出勤:○ 有給:△ 会社休日:□) 足りない場合は、出勤簿の写しを添付してください。												
	上記期間中の 報酬関係	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	上記のとおり相違ないことを証明します。									
		年 月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	令和 年 月 日									
	一部支給 する期間	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	事業主	所在地	名称	代表者名						
	年 月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											
	月 日	~ 月 日	円(月 日支払)										

↓ 担当医師以外は記入不可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

担 当 医 師 の 意 見 書	傷病名 (主疾病に○印)					発病または 負傷した日	平成 年 月 日	
	発病または 負傷の原因	第三者行為によるものですか。(はい・いいえ)				当該傷病で の初診日	平成 年 月 日	
	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から	左記期間中 の診療状況	診療実日数	日	労務不能と認められた期間中の 入院期間	令和 年 月 日から	
		令和 年 月 日まで		最終診療日	月 日		令和 年 月 日まで	
	傷病の主症状 及び 経過概要			転帰	労務可能見込日			令和 年 月 日
				1.治癒 (. .)	上記のとおり相違ありません。			
		2.継続	令和 年 月 日					
		3.中止	所在地					
手術名:			4.転医	医療機関名				
手術日:平成・令和 年 月 日			5.死亡 (. .)	担当医師名				
			TEL() -					

※証明日は労務不能と認められた期間以降でお願いします。

支 給 決 定 欄	支給開始日	令和 年 月 日	回数	回	常務理事	事務長	係
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日			
	支給決定額	円	年金調整額	日額	日数	円 × 日 = 円	

【注意事項】

記入については、裏面をご覧ください。

2024年11月版

(ポスト番号 D55 マツダ健康保険組合)

受付印

【傷病手当金の支給要件】

- ① 病気やけがで療養中であること
但し、その傷病の原因が業務上または通勤によるものである場合、労災保険法による休業補償給付の対象となるため、傷病手当金は支給されません。
- ② 仕事につけないこと(労務不能)
- ③ 4日以上仕事を休むこと
療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間(待期という。有給休暇でもかまいません。)が経過した後、4日目から支給が開始されます。
- ④ 給料をうけられないこと
給料をうけていても傷病手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。

【請求書記入上の注意事項】

●共通事項

1. 傷病手当金は、実績に対して一日当たりで支給します。この請求書に記入される内容は、すべて記入日以前の期間について記入してください。
2. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二本線で抹消し、抹消部分に各記入者の訂正印を押して、その上部余白に正しい字句を記入してください。

●「被保険者記入欄」……被保険者の方へ

1. 「発病または負傷の原因」は、特に外傷の場合、具体的に詳しく記入してください。
2. 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
3. 各種年金または障害手当金を受給している場合は、**年金証書**および直近の額を証明する書類(**年金額改定通知書**等)の写しを添付してください。
4. 「労務に服することができなかった期間」は、初回のみ待期3日間を含めて記入してください。

●「事業主証明欄」……事業主の方へ

1. 「被保険者記入欄」の「労務に服することができなかった期間」に記入されている期間中の、労務に服さなかった期間を休日を含めて記入してください。
2. 「上記期間中の報酬関係」は、出勤簿の状況を記入してください。
「一部支給」とは、一日当りの賃金の一部のことです。(他:交通費、福利厚生等)
(今回は初めての申請の場合は、出勤簿の写しも添付してください。)

●「担当医師の意見書」……担当医師の方へ

1. 「被保険者記入欄」の「労務に服することができなかった期間」に記入されている期間中の、労務不能と認めた期間を記入してください。**記入日以前の期間のみに限ります。**
2. 「傷病の主症状及び経過概要」は、できる限り詳しく記入してください。

【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。
(傷病手当金請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。)
事業所から保険給付金として支払われます。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合

〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号
Tel 外線:(082)287-4644 内線:22861

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--