記入例

協和キリン健康保険組合　宛

健康保険　傷病手当金・(延長)傷病手当付加金　請求書　（第 1 回）

2022 年 10 月 20 日提出

申請者の情報	被保険者証の記号番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社
						所属	△△支店　△△営業所
	申請者氏名（自署）	健保　太郎（必ず自署してください）				従業員番号	20009999
						メールアドレス	kenpo.00@000.com
	生年月日	1980	1	日		具体的な業務内容	営業職
	被保険者住所	（〒 103-0000 ）				日中連絡先（TEL）	090-0000-0000
		東京都中央区〇〇1－1－1　〇〇マンション101					

委任状	この申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※社員の方は給与での振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。 ※任意継続被保険者の方は、記入は不要です。	2022 年 10 月 20 日（社員の方は必ず自署してください） 被保険者氏名 自署してください　健保　太郎

退職者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください			
	銀行	支店	口座番号　（普）	名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）

申請内容	傷病名	脳梗塞		発症または負傷年月日	2021 年 8 月 20 日	
	発症または負傷の原因	激しい頭痛を我慢して業務をしていたところ、けいれんを起こして気を失った		第三者行為によるものですか	☐ はい ☑ いいえ	「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
	療養のために休んだ期間（申請期間）	2022 年 9 月 1 日から 2022 年 9 月 30 日まで 30 日間				
	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	☐ 受給していない　☐ 請求中　☑ 受給している				
		「受給している」または「請求中」の場合、下記に記入してください。 ※年金裁定通知書（写）を添付してください。				
		傷病名	脳梗塞			
		基礎年金番号	1234-123456	年金コード	1234	
		受給開始年月日	2022 年 4 月 1 日	年金額	1,200,000 円	
	任意継続被保険者・資格喪失者の方 老齢または退職を利用とする公的年金の受給について	☑ 受給していない　☐ 請求中　☐ 受給している				
		「受給している」または「請求中」の場合、下記に記入してください。 ※年金裁定通知書（写）を添付してください。				
		基礎年金番号		年金コード		
		受給開始年月日	年　月　日	年金額	円	
	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	☐ はい　☑ いいえ　☐ 労災請求中				
		「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求元）の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署		
	介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険番号		保険者名称

健保記入欄	支給年度	年度	満了年月日	年　月　日			
	支給期間	年　月　日 から 年　月　日 まで　日間					
	支給決定額	法定	（¥　×2/3）×　日＝ ¥		受付整理番号		
		付加	（¥　×15%）×　日＝ ¥		レセプト		
		延長	（¥　×2/3）×　日＝ ¥		常務理事	事務長	担当
	資格取得日	年　月　日					
	資格喪失日	年　月　日					

《健保受付日付印》

2022.12.1改訂

■労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況等のご記入をお願いします。

【添付書類】月給者以外の場合「勤務管理表（写）」「賃金台帳（写）」

※月給者も1回目の請求については、その期間にかかる「勤務管理表（写）」「賃金台帳（写）」を添付してください。

事業主証明欄

労務に服さなかった期間	2021 年 8 月 21 日から 2022 年 9 月 30 日まで	406 日間		
上記の期間中、全額支給した場合	2021 年 8 月 21 日から 2022 年 8 月 31 日まで	支給額	5,625,000 円	支払日額 15,000 円
上記の期間中、一部支給した場合	年 月 日から 年 月 日まで	支給額	円	支払日額 円
給与の種類	☑ 月給者　☐ 日給月給者　☐ 日給者　☐ その他			
現在まで、または将来も支給しない場合はその理由	2022年9月1日休職発令			

上記のとおり相違ないことを証明します。

2022 年 10 月 25 日

事業主の
所在地　東京都千代田区△△1－1－1
名称　△△△株式会社
氏名　人事部長　△△　△△
TEL　03 （ 0000 ） 0000

社会保険労務士の提出代行者印	□□□社会保険労務士法人 □□　□□	事業所担当者	□□

療養を担当した医師が記入する欄

患者氏名	協和　太郎		
傷病名	(1) 脳梗塞 (2) (3)	療養を開始した年月日（初診日）	2021 年 8 月 20 日 年 月 日 年 月 日
発症または負傷の原因	業務中、激しい頭痛により意識低下、けいれん状態で搬送された	発病または負傷の年月日	年 月 日
労務不能と認めた期間	2021 年 8 月 21 日から 2022 年 9 月 30 日まで　406 日間	診療実日数	250 日間
入院した場合はその期間	2021 年 8 月 20 日から 2022 年 3 月 31 日まで　224 日間	療養費用の別	☑ 健保 ☐ 公費（　　） ☐ 自費 ☐ その他

上記期間中における「傷病の主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)ご記入ください

2021年8月20日救急搬送され、緊急入院し同日手術。術後、後遺症として左片麻痺あり。
リハビリにより症状軽快し、2022年3月末退院。現在、通院により経過観察中。

症状経過からみ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

左片麻痺があり、リハビリが必要なため、労務不能と判断した。

上記のとおり相違ないことを証明します。

2022 年 10 月 11 日

医療機関の所在地　東京都◇◇区◇◇1－1－1
医療機関の名称　◇◇◇◇総合病院
医師の氏名　◇◇　◇◇
電話番号　03-9999-9999