

傷病手当金（付加金）請求書（第1回目）・同意書

※健康保険の記号・番号は「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください
※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

提出日 令和 △ 年 △ 月 △ 日

被 保 険 者 が 入 す る と こ ろ	ホンダ健康保険組合 理事長殿 私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類（傷病手当金受給記録・加入履歴等）についてホンダ健康保険組合が、事業主および当該機関に対して療養などの内容照会を行うこと、事業主および当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。また、下記注意事項も理解し、正しい療養を行います。 令和 △ 年 △ 月 △ 日 被保険者氏名 健保 太郎					
	記号	1 2 3 4		番号	0 0 0 0 0 0	
	生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
	被保険者の 住民票住所	〒 000-0000		TEL 000-000-0000		
	事業所名 (部課・店名)	TEL 000-000-0000		(内)		
	発病負傷の 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	資格 取得日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	資格 喪失日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	発病又は 負傷の原因	(傷病名) 左大腿骨骨折		※具体的に記入して下さい		
	療養の状況	療養の状況（日々の過ごし方、医療機関の受診、医師からの指示など）について具体的に記入して下さい 現在ギブスによる固定をおこなっている。5月よりリハビリ開始予定。 尚、12月に再度抜釘の手術が予定されている。				
	休業期間 (今回の請求期間)	令和 ○ 年 8 月 6 日から 令和 ○ 年 9 月 30 日まで 56 日間				
	仕事の内容（具体的に記入） (退職者は退職前の仕事を記入)	ライン業務（工具を使った部品取付け業務）				

障害厚生年金、又は、 老齢厚生年金を受給 していますか？	はい	⇒ 必ず申請毎に振込通知書（写）を添付してください ※初回の場合は、年金証書（写）を添付してください				
		いいえ	⇒ 年金支給額が確定次第、年金証書（写）と 振込通知書（写）を提出して下さい			
		受給の要因 となる傷病名				

(病院名)	××整形外科医院				
※第1回目のみ記入して下さい。第2回目以降は記入不要です。					
送金先 金融機関名 (被保険者の口座)	××	銀行	金庫	○○	支店
金融機関コード ()		支店コード ()			
			口座番号 (普)	999999999	
			フリガナ	ケンボ タロウ	
			口座名義	健保 太郎	

※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー（記号・番号の印字されている面）を添付してください

同意書
.....
以前に加入していた健保
●●健康保険組合
資格取得日○年○月○日

<注意事項>正しい療養について

傷病手当金は療養の給付（医療機関での治療・投薬等）を行い、療養に専念した上で病気がケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的です。医師の指示に従い通院し処方箋通りに服薬し、正しい療養を行ってください。自己判断で、指示通りに通院しない、薬を受け取らない、処方箋通りに飲まないなど、正しい療養をされていない場合は傷病手当金が支給されないことがあります。（治療について不安なことは担当医師にご相談ください。）

《申請・交付ルート》 被保険者→医療機関→勤務先総務部門→健康保険組合→被保険者
(任意継続被保険者→医療機関→健康保険組合→任意継続被保険者)

ホンダ健康保険組合

R7.4改定

受付日付印

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

記入例

記号	1234	番号	000000	氏名	健保 太郎																														
事業主の証明	記入 ア. 休業期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して下さい。 イ. 欠勤日は「○」、出勤日は「×」、有給休暇は「△」と該当日に表示して下さい。 (公休店日は赤○で表示)																																		
	令和	○年	8月	×	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	
	令和	○年	9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
	令和	年	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
	賃金の種別		正常勤務時の報酬		8月1日～8月31日				9月1日～9月30日				月 日～ 月 日																						
	月 給		345,000 円		12 日分 175,882 円				日分 0 円				日分 円																						
	日 給		円		円				円				円																						
	通勤手当		月額 12,000 円		30 日分 12,000 円				日分 0 円				日分 円																						
	家族手当		月額 20,000 円		30 日分 20,000 円				日分 0 円				日分 円																						
	住宅手当		月額 10,000 円		30 日分 10,000 円				日分 0 円				日分 円																						
資格 手当		月額 25,000 円		日分 25,000 円				日分 0 円				日分 円																							
残業 手当		円		3 日分 30,000 円				日分 円				日分 円																							
総支給額		412,000 円		272,882 円				円				円																							
賃 金	締切日	31 日		賃金の支給形態		該当するものを○で囲んで下さい。 (月給、日給月給、日給、その他)																													
	支給日	25 日		欠勤控除する場合の計算式を		月給345,000円÷20.4×欠勤日数10日																													
上記のとおり相違ないことを証明します 令和 ○年 10月 30日 事業所 代表者氏名 ×× ××																																			

※被保険者の資格喪失後の期間についての証明は必要ありません。

※訂正するときは訂正印ではっきり訂正して下さい。

患者氏名	健保 太郎	労務不能の傷病名	左大腿骨骨折																														
発病/負傷の年月日	平成・令和 ○年8月6日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	療養の給付開始年月日 令和○年8月6日																														
発病/負傷の原因	転落による骨折	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止	療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																														
労務不能と認めた期間	令和 ○年 8月 6日 ~	令和 ○年 8月 31日	56日間																														
上記期間の診療日数と診療日に○をしてください。 実日数 26日																																	
令和	○年	8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
令和	○年	9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
令和	年	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
うち入院期間	令和	○年	8月 6日 ~	令和	○年	9月 30日	56日間																										
医師の意見	上記期間中の「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) 令和○年8月6日受診、8月6日入院手術施行。9月30日退院。以降外来通院しリハビリを指示。 来年3月に抜釘の手術を予定。																																
上記期間中の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	職種が立ち仕事であり、当該傷病では就労は不能。 また上記期間は入院中であり労務不能であった。																																
上記のとおり相違ありません	令和 ○年 9月 30日																																
医療機関所在地	埼玉県××市○○1-1-1																																
医療機関名	××整形外科医院																																
医師氏名	○○ ○○ TEL○○○-○○○-○○○																																