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

被保険者が記入するところ

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（自署） 健保太郎

記号	１２３４	番号	０００００００
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 ○○県○○市○○ー０－０		
事業所名（部課・店名）	ＴＥＬ 000-000-0000　（内 （株）○○株式会社○○製作所		
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

※資格取得日が請求年月日の2年未満の場合は、１回目の請求のとき前健保への照会の同意書も提出してください

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○月資

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 原因 3月5日、自宅2階から階段を転落し骨折した。受診したところ、骨折が判明し翌日入院し手術を受けた。 傷病の原因は第三者の行為、交通事故・ケンカ等によるものですか？ いいえ 労災に該当していますか？ 非該当 労災ではない
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？	いいえ	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	
		裁定請求中 ⇒ 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 / 農協 ○○ 支店

口座番号（普） 999999999
フリガナ ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ
口座名義 健保 太郎

金融機関コード（　　）支店コード（　　）

※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

＜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やケガを治し、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。）

受付日付印

《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

R7.10改定

※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

事業主の証明

記号	1234	番号	000000	氏名	健保　太郎

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）

出勤状況

		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　8月	×	○	○	×	×	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
令和	○年　9月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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	0	28	29	30	31

賃金支給状況

賃金の種別	賃金の計算期間 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			
日給	円	12 日分　175,882 円	日分　0 円	日分　円
通勤手当 月額/日額	12,000 円	30 日分　12,000 円	日分　0 円	日分　円
家族手当 月額/日額	20,000 円	30 日分　20,000 円	日分　0 円	日分　円
住宅手当 月額/日額	10,000 円	30 日分　10,000 円	日分　0 円	日分　円
資格　手当 月額/日額	25,000 円	日分　25,000 円	日分　0 円	日分　円
残業　手当 月額/日額	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			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　）
	締切日	31 日		
	支給日	25 日	欠勤控除する場合は計算式を	月給345,000円÷20.4×欠勤日数10日

日給月給で欠勤控除がある場合は必ず記入してくださ
または給与の算出式を記入してください

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。

療養担当医師の意見

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	□発病 ☑負傷	療養の給付開始年月日 ○年8月6日
発病/負傷の原因	転落による骨折	□治癒 □死亡 ☑継続 □中止	療養費用の別 ☑健保 □公費（　） □自費 □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

		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　8月						○	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	○
令和	○年　9月	○	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	○	
令和	年　月																															
うち入院期間		令和　○年　8月　6日　～　令和　○年　9月　30日　56日間																														

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○○○－○○○－○○○

ホンダ健康保険組合

R7. 10改定