

記入見本

- 注1 消せるボールペンでの記入は不可
- 注2 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し被保険者の(証明担当者)のサイン又は印を押してください。修正テープを使って訂正は認められません。
- 注3 未来分は請求できません。事実を基に請求して下さい。

申請用紙は2枚あります。漏れなく正確に記入し2枚セットで提出してください。

1/2 請求者本人記入

1枚目(1/2) 健康保険 傷病手当金(付加金)請求書		令和 年 月 日記入
傷病手当金の給付目的 健康保険加入中の本人が業務上、通勤途中の災害以外のケガ又は病気のため療養し、それまでの従事していた仕事が行えない(労務不能)場合に本人と家族の生活を守るために設けられている公的制度です。		
書類の提出方法 (在職中の請求分) ①本人記入後医師の証明を受ける ⇒ ②各社人事又は店舗の事務担当 ⇒ ③健康保険組合 (退職後・資格喪失後の請求分) ①本人記入後医師の証明を受ける ⇒ ②健康保険組合		
注意事項		請求回数を記入
①被保険者等から転記		
本人記入欄		請求回数 回
①被保険者等 記号 番号 1 123456	②所属名 〇〇店 777	③社員番号 <input type="checkbox"/> パート <input checked="" type="checkbox"/> 社員 123
④生年月日 昭和 平成 令和 平成	⑤被保険者(請求者)氏名・フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	⑥現在お住いの住所 〒102-8450 東京都千代田区二番町8-8
⑦傷病名 腰椎椎間板ヘルニア	⑧資格の取得年月日 年 月 日	⑨資格喪失年月日(退職日翌日) 年 月 日
⑩通勤の途中ですか はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	⑪加害者の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	⑫第三者行為ですか はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
⑬発病の原因及び発生場所 自宅の模様替えでソファを動かそうと違和感を感じた。	⑭⑮は怪我の場合必ず記入	
⑯療養のため仕事につけなかった期間(請求期間)初回の申請の場合は待期間も含めて記入して下さい 令和 6 年 1 月 1 日 ~ 令和 6 年 1 月 20 日 ↓就労日がある場合就労日を記入 1/19	⑰傷病手当金を請求する期間を記入 ※初回は待期3日を含めて記入※給与締めと請求期間を合わせると手続きがスムーズに進みます。	
⑱上記⑬「はい」と答えた場合は、報酬支払の期間と金額を記入してください 令和 6 年 1 月 1 日 ~ 1月2日 金 20,000 円	⑲退職後の請求は必ず記入	
⑳「障害基礎厚生年金」「障害手当金」の受給について 受給中・請求中・無し	㉑退職後の請求は必ず記入	
㉒労災保険から傷病手当金と同じ傷病名で休業補償を受けていますか 受給中・請求中・無し	㉓資格喪失後(退職後)の請求で老齢基礎・厚生年金を受給していますか 受給中・請求中・無し	
㉔照会・振込み口座に関する同意欄 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、本申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 他の給付を希望します	㉕同意していただける方は必ず☑して下さい	
振込口座 銀行・信組 支店 出振所 金融機関コード () (店番号)	フリガナ	

2/2 事業主の証明

2/2 医師の証明

2枚目(2/2) 健康保険 傷病手当金(付加金)請求書	
(注 訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し証明者(担当者)のサイン又は印を押してください。)	
事業主が証明する欄	被保険者等 記号 番号 被保険者氏名
①労務に服することができなかった期間 (請求期間) 令和 6 年 1 月 1 日 ~ 令和 6 年 1 月 20 日 1/19は出勤のため除く 合計 19 日間	②上記①の期間中に報酬を支給しましたか又は今後支給しますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 復職状況 <input checked="" type="checkbox"/> 未復職 <input type="checkbox"/> 1月20日に復職
③上記②で「はい」と答えた場合、報酬期間、金額、支払日を記入してください。	支給対象期間 左記支給期間に支給しない日(除く日)がある場合はその日を記入 日額 支給額
	6年1月1日~6年1月3日 1月2日 10,000円 20,000円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6 年 2 月 25 日	証明した担当者のサイン
事業主所在地 店舗ではありません。 事業主名称 店舗ではなく本部で証明します 代表者氏名	事業主担当者氏名

医師が証明する欄		患者氏名
①傷病名 A 腰椎椎間板ヘルニア	②発病(負傷)の原因 A	③発病年月日 A 令和 6 年 1 月 1 日 B 年 月 日 C 年 月 日
④発病日 A 令和 6 年 1 月 1 日 B 年 月 日 C 年 月 日	⑤傷病の主治態及び経過概要 できるだけ詳しく	⑥傷病の発症開始日 A 令和 6 年 1 月 1 日 B 年 月 日 C 年 月 日
⑦⑧の期間に対する実診療日数を記入	⑨労務不能と認められた期間 令和 6 年 1 月 1 日 ~ 令和 6 年 1 月 20 日 合計 20 日間	⑩上記⑨の入院 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 日間
⑪診療日数 2 日	⑫傷病の主治態及び経過概要	⑬⑭は本人請求期間⑯に対し労務不能の期間を証明
⑭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所見	⑮人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	⑯人工透析 人工臓器を装着した日 S・H・R 年 月 日
⑰人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	⑱人工透析実施日又は人工臓器を装着した日	⑲人工透析 人工臓器を装着した日 S・H・R 年 月 日
上記のとおり相違ありません。 令和 6 年 2 月 1 日	事業主所在地 東京都千代田区三番町〇-〇 医療機関所在地 ***整形外科 医師の氏名 ΔΔ ΔΔ	