

※申請時に事業主が添付する資料について

初 回 申 請 時	①賃金台帳の写し⇒当該請求開始日を含む請求期間中の月度分すべて（給与明細書添付の場合、補記が必要な場合あり） ②出勤簿（JOBカード等）の写し⇒当該申請書の月度分+前月度分
2回目以降申請時	基本的に添付は必要ありません。（ただし、場合により健保組合から提出を求められることがあります。）

※下記の「事業主が証明するところ」を記入する代わりに、別紙に代えて証明頂いても構いません。その際は下記内容を必ず含んだ物をご用意ください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左記期間に報酬の支払いをしました（します）か (○を付けて下さい)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
	職場復帰しましたか	<input type="checkbox"/> 休職中	<input type="checkbox"/> 年 月 日から出勤（予定）	<input type="checkbox"/> 年 月 日で退職													
	就労状況について 記載要領：休日「休」、出勤「出」、有給休暇「有」、欠勤「欠」、病気（療養）欠勤「病」、リハビリ出勤「リ出」																
	日付	/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	内容																
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	有給		日	欠勤		日	出勤		日	給与区分 (○を付けて下さい)	月給	日給	月給	日給	時間給	その他	
	欠勤控除方法について 具体的に記入ください																
	報酬の支給状況					給与計算の締切日 ( 日)					支払日 当月・翌月 ( 日)						
		基本給		家族手当		住宅手当		その他 ( 手当)		その他 ( 手当)		その他 ( 手当)		通勤手当			
	欠勤しなかった場合の額		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分		日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	
	( / ~ / )		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分		日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	日分	
	( / ~ / )		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
令和 年 月 日																	
事業主		所在地															
		会社名															
		代表者		電話 ( ) -													

※下記の「療養を担当した医師が意見を書くところ」を記入する代わりに、別紙に代えて証明頂いても構いません。その際は下記項目を必ず含んだ内容で別紙作成をお願いします。

療養を担当した医師が意見を書くところ	対象者の氏名															
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	傷病名													
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日												
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	( 日間)	診療実日数(入院期間含む)	日間											
	上記期間中、入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	( 日間)	転帰	治療( 月 日)	中止 繰越 転医										
	発病または負傷の原因	入院の費用の別 健保公費 自費 その他														
	診療日を○、入院日を◎で囲んでください。	( )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													
		( )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													
		( )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													
	診療実日数が0の場合、理由をご記入ください															
	◎上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」など（詳しくご記入ください。）															
	手術年月日 令和 年 月 日 退院年月日 令和 年 月 日															
	◎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															
	◎就労可能見込み ※該当に☑をしてください。 □未定 □就労済み □就労可能予定：令和 年 月 日頃															
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		人工透析を実施または人工臓器を装着した日	令和 年 月 日	人工臓器等の種類	□人工肛門 □人工関節 □人工透析 □人工骨頭 □心臓ペースメーカー □その他 ( )										
上記のとおり相違ありません。																
令和 年 月 日																
医師		所在地														
		医療機関名														
		氏名		電話 ( ) -												

健 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成	年	月	日	支給期間	自：平成 令和	年	月	日	
	転入日	昭和 平成	年	月	日		至：平成 令和	年	月	日	
	転入日	平成 令和	年	月	日	年金受給額	( 年額 / 月額 ) 円				
	喪失日	平成 令和	年	月	日	年金受給日額	÷	=	円		
	月度	標準報酬 月額平均	日 額	歩 合	支給日額 小数点四捨五入	支給日数	支給金額 (A)	【 報酬 ・ 年金 調整計算】			
	円	円	2/3	円	日	円	(A)	-	(B)		
	円	円	2/3	円	日	円	-				
報酬・年金支給額 (B) 1の位を四捨五入							×	日=	円		
							支給額 (=)	円			

受付印

# 健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和	年	月	日	※請求書はもれなくご記入下さい。記入漏れ・不備等で請求書を返戻する事があります。					
	被保険者の記号・番号(右づめ)	被保険者の氏名				被保険者の生年月日			年齢		
		本請求に基づく給付金の受領を私が勤務する事業所の事業主に委任します。(退職後を除く)				(自署)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	歳
						<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	勤務先事業所名			仕事の具体的内容			被保険者の住所				
							〒 -				
							電話 ( ) -				
	請求の原因となった傷病名					発症又は負傷年月日 (療養開始日)	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
						<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	発症または負傷の原因	(負傷の場合、いつ・どこで・何をしてどのように負傷したかご記入下さい)				他人の行為によって負傷したものでですか					
						<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
	傷病により休んだ期間			自： 令和 年 月 日			( 日間 )				
		至： 令和 年 月 日									
	上記期間中受けた給料	<input type="checkbox"/> はい	左記で「はい」と答えた場合、報酬(給与等)の支払いの基礎となった期間と金額を記入								
		<input type="checkbox"/> いいえ	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	日分	円				
介護保険法のサービスを受けている方	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	⇒ 被保険者番号			保険者名称					
労災保険の給付を受ける(受けた事がある)方	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 請求中	⇒ 「はい」または「請求中」と答えた方は請求先の労働基準監督署名を記入			労働基準監督署				
障害年金等を受給されている方	(1) 基礎年金番号										
	(2) 傷病により休んだ期間も障害年金又は障害手当金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 請求中	<input type="checkbox"/> いいえ	←「請求中」又は「はい」の場合は、(3)(4)も記入してください。						
	(3) 障害年金又は障害手当金の受給原因となった傷病名					① 受給事由となった傷病名の方の書類(障害者手帳等)の写					
	(4) 障害厚生(基礎)年金又は障害手当金の受給額	年額	円			請求中の場合 → ②「年金見込額照会回答票」の写 はいの場合 → ③「年金証書」または直近の年金額の方の書類の写					
退職後の期間を請求される方	(5) 雇用保険の失業給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		<input type="checkbox"/> い ( <input type="checkbox"/> 支給中 <input type="checkbox"/> 延期中 )	←「いいえ」の場合は、離職票一式/「請求中」又は「はい(支給中・延期中)」の場合は、受給者資格者証や延期証明書を添付						
	(6) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		<input type="checkbox"/> はい	←「請求中」又は「はい」の場合は、(7)(8)を記入し上記「添付書類」の②③を添付。						
	(7) 基礎年金番号										
	(8) 老齢又は退職を事由とする公的年金の制度名と金額	[年金制度名]				[金額] 円					
振込口座	金融機関名		支店名		<input type="checkbox"/> 本店		預金種別				
	<input type="checkbox"/> 銀行				<input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
	<input type="checkbox"/> 金庫				<input type="checkbox"/> 出張所		<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	<input type="checkbox"/> 農協		口座名義 (カナで記入)		<input type="checkbox"/> 口座番号						
	<input type="checkbox"/> 郵便局										

# 初回申請時のみご記入をお願いします。(2回目以降は記入不要)

## 健康保険傷病手当金 初回請求に伴う報告書

当健保組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている、同一の傷病での支給期間（1年6ヶ月）を超えていないか、また、過去の受給の継続なのか再発なのかを判断するために必要な情報となりますのでご記入をお願いします。

被保険者の記号・番号(右づめ)	被保険者の氏名
	(自署)

①当健保組合に加入する前の、直近の保険加入状況についてご記入ください。

被保険者として加入していた（↓下記の4つのいずれかを記入）

健康保険組合 加入期間：約 年 月 日

全国健康保険協 支部 加入期間：約 年 月 日

国民健康保険 市・区 加入期間：約 年 月 日

共済組合 加入期間：約 年 月 日

被扶養者として加入していた 加入期間：約 年 月 日

直近はどの保険にも加入していなかった

②今までに、傷病手当金を受給していたことはありますか。

なし

あり ⇒ 傷病手当金受給当時の  
情報をご記入ください。 ⇒

・ 保険者名 健康保険組合

・ 保険者証 記号 番号

・ 勤務されていた事業所（会社）名

・ 傷病名

・ 受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※加入または受給していた保険者名称がご不明な場合、勤務していた事業所（会社）にご確認ください。

※受給歴が複数ある場合は、直近の受給についてのみご記入ください。

●傷病手当金の受給歴や受診している医療機関に療養状況を確認する必要がある場合は、関係機関へ給付記録等の照会を行いますので、下記の同意書にご記入・ご捺印をお願い致します。

※取得した個人情報、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。

## 同意書

令和 年 月 日

大阪府信用金庫健康保険組合  
理事長 殿

私は、貴組合が傷病手当金の審査を行うにあたり、必要に応じ関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録などの照会を行うこと、また関係機関が貴組合の照会に対して回答すること（マイナンバーによる照会、及び回答も含む）について同意いたします。

※関係機関とは、以前加入されていた健康保険の保険者、今回の傷病に関連のある受診医療機関、勤務されていた事業所（会社）などを指します。

また、本件については貴組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをしないことを誓います。

なお、本書の写しも有効とします。

氏名 (自署)

### 療養状況等報告書

※スペースが足りない場合、別途白紙等ご用意いただきご記載ください。

在籍時（退職前）の記号・番号をご記入下さい。

提出日 令和 年 月 日

被保険者の記号・番号(右づめ)	被保険者の氏名及び印
	(自署)

以下は傷病手当金請求書の請求期間における状況を必ず記入（☑印、必要事項記入）して下さい。

請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで

①療養について ※請求書はもれなくご記入下さい。記入漏れ・不備等で請求書を返戻する事があります。

1. 通院回数、頻度
- 1ヶ月に 回程度     1週間に 回程度  
 その他                     未受診  
 ↓【「その他」「未受診」は下記に理由を記載してください】

2. 受診、治療の状況
- 受診のみ     服薬のみ     受診と服薬  
 ※服薬の場合、一ヶ月にどのくらい何の薬を処方されているか、  
 服用に関してどのような指示をうけているか具体的に記入してください。

3. 受診日の決め方
- 自分で判断して都合の良い日に行く  
 医師に指示された日に行く     薬がなくなったら行く  
 その他 ( )

4. 医師から指示されている療養期間について
- 令和 年 月頃まで  
 その他 ( )

5. 療養する上で医師から指示されていること

②日常生活について

1. 毎日の過ごし方について（複数回答可）
- 1日中横になっている  
 1日のうち ( ) 時間程度横になっている  
 横になるほどの状態ではない  
 パソコンやテレビを見たり、ラジオを聴いたりする  
 新聞読んだり、読書をしたりする     家族と会話する  
 家事をする     散歩する     外出する  
 アルバイトをする  
 その他 ( )

2. 療養中の生計維持について
- 貯金を使っている  
 家族に援助してもらっている  
 その他 ( )

③就労について

1. 現在の就労について
- 仕事をしている(アルバイトも含む)  
 仕事をしていない

2. 上記1で「仕事をしている」と回答
- いつ頃から 令和 年 月頃から
  - どんな仕事をしているか 仕事内容 ( )
  - 一ヶ月当たりの収入額 円/月 ※給与明細書等のコピーを同封してください。
  - 在職中に担当していた通常の業務内容 ( )

3. 上記1で「仕事をしていない」と回答
- 療養が終了後、どんな仕事に就きたいか 仕事内容 ( )
  - いつ頃から 令和 年 月頃から