

支給 金額	円	標準 報酬	千円	資格取得	年 月 日	常務理事	事務長	検 印
				資格喪失	令 年 月 日			
支給 期間	自 令 年 月 日	回数		療養開始	令 年 月 日	担 当 者		
	至 令 年 月 日			手当初給日	令 年 月 日			
概要	一部不支給・差額支給			前回最終日	令 年 月 日			
				支払通知	令 年 月 日			

## 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

① 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号・番号	491 ー		発病又は負傷 した年月日	平・令 年 月 日	午前 午後	時 分 頃		
	発病又は負傷 の原因								
	病気や負傷で 療養のため休 んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (但し )	日間	左記の期間中に報酬 を受けましたか、又は 受けられますか		受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない			
	医療機関に 入院したとき	医療機関名							
		上記所在地							
入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間						
振込口座	※ あらかじめ届出されている口座に振込いたします。								
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 京都中央信用金庫健康保険組合 御中 被保険者 住 所 氏 名									
② 事 業 主 が 記 入 す る 欄	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 (但し )	日間	左記の期間中の報酬について ・支給した (する) ・支給しない					
	上記の期間中 報酬を支給し たとき、又は 支給するときは、その金額 および期間	支給期間		労働 日数	支給額	支払日	備考 (日割りで支給した場合などは、支給日、支給日額 等の内訳を、詳しく記入してください。)		
		月分	自 至						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 事業主 名 称 代 表 者								
③ 療 養 担 当 医 師 の 意 見 欄	傷 病 名			発病又は負傷 の原因					
	発病又は負傷 の年月日	平・令 年 月 日	診療開始 年月日	平・令 年 月 日					
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左記期間の 診療実日数	日間				
	労務不能と認 めた傷病の主 症状、および 経過、概要	入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間				
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医 師 住 所 氏 名 TEL ( )									

## 健康保険 傷病手当金請求書 申請時の留意点

1. 傷病手当金は、被保険者が病気や負傷のため医師の指示により療養のため事業所の勤務を休んだとき、報酬を受けられない場合に支給されるもので、休み始めてから第4日目より、通算1年6ヵ月を限度として手当金が支給されます。
2. ①は被保険者が記入してください。②は事業主、③は医師の記入を受けてください。
3. 傷病手当金の支給期間は、支給を開始した日から通算して1年6ヵ月です。  
その間、同一の病気や負傷について、引き続き請求するときは、標題に何回目かを記載してください。
4. 記入された内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
さい。
5. 「②事業主が記入する欄」の、労務に服さなかった期間中の報酬についての欄は、該当する語句を○印でかこんでください。
  - ・ 記入された内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

## 傷病手当金請求に伴う現状報告書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

住 所	〒
電 話	
氏 名	

・現在の症状と生活状況をご記入ください。 _____ _____ _____ _____ _____
・通院以外の外出は、どの程度されていますか。 _____ _____ _____ _____ _____
・現在の治療状況（通院の状況、治療内容等）をご記入ください。 _____ _____ _____ _____ _____
・今後の受診・治療予定についてご記入ください。 _____ _____ _____ _____ _____
・今後、症状の改善と治癒に向けての計画や、取り組もうと思うことをご記入ください。 _____ _____ _____ _____ _____
・本件傷病手当金を請求するに至った疾病に対する「障害厚生年金」、「障害手当金」を受給していますか。 ( ) 受給している。 → ( ) 障害厚生年金 ・ ( ) 障害手当金 ( ) 受給していない。 ※ 受給している場合は状況等の詳細を、ご記入ください。 _____ _____ _____

※ 正確かつ出来る限り、具体的にご記入ください。

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

## 同 意 書

私が貴組合に申請する「傷病手当金請求書」について、貴組合が支給審査を行うに際し必要とする医療情報を、関係諸機関に照会することに同意いたします。

なお、本書の写しも有効といたします。

以 上

記号・番号 ー

住 所

被保険者  
氏 名