

はじめて請求(請求回数第 1 回目)する場合  
受けられる条件

(1) 病気、けがの療養のため連続して3日以上会社を休み、4日目で降給料の支給を受けないとき、または、受けた給料が傷病手当金の額より少ないとき。

(2) 同一の傷病について、障害基礎年金及び障害厚生年金が支給されているときは受けられない。但し、傷病手当金の日額が、障害基礎年金と障害厚生年金の合計額を360で除した額を上回る場合は、その差額が受けられます。

※ 給付開始日とは、連続した3日間の待期期間が経過し、はじめて傷病手当金が受けられる日をいいます。

※ 療養を担当した医師が意見を書くところの「うへの療養の給付を開始した年月日」は必ず記入してもらって下さい。

傷病手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号と番号	記号 999	番号 1111	被保険者の氏名	小田急 太郎	生年	昭和1年 平成2年	55 年	健保担当	課長	
	被保険者の現住所	〒0000-0000 東京都多摩市00004-5-9 電話 000 (000) 0000 方								印	
	事業所の名称	00000 株式会社	被保険者の業務の種別	事務員	係長						
	被保険者の資格を取得した年月日	昭和10年 4 月 1 日	傷病名	脳挫傷硬膜下血腫	係員						
	発病または負傷の年月日	昭和 不詳 年 月 日	請求回数	第 1 回	印						
	給付開始日	平成1年 5 月 4 日	請求回数	第 1 回							
	疾病または負傷の療養をするため休んだ期間	平成1年 5 月 1 日から 平成1年 5 月 31 日まで	31 日間	発病または負傷原因	自宅の階段より転落、 負傷した。						
	うへの休んだ期間の報酬について	受けた・ <u>受けない</u> ・受けられる・受けられない									
	報酬を受けた、または受けられるときは報酬額とその報酬額支払いの基礎となった期間	平成 年 月 日から 日間の分として 円 平成 年 月 日まで									
	老齢厚生年金 障害厚生年金 等を受けている または受けられる とき	年金等の種別	1障害厚生年金 2障害基礎年金	3老齢厚生年金 4障害手当金等	年金等支給事由 となった傷病名	基礎年金番号	年金コード				
うへの年金等を受けていない場合	1.請求中 2.請求していない 理由 年金受給年齢に達していないため										
うへのとおり請求します なお、この請求により障害厚生・基礎年金、老齢厚生・基礎年金等と受給期間が重複した分については、傷病手当金を小田急グループ健康保険組合にお返しいたします。 令和 1年 6 月 1 日											
小田急グループ健康保険組合理事長殿 被保険者氏名 小田急 太郎 印											
うへの決定金額の受領方を 職名 人事部長 氏名 00 00 に委任します 令和 1年 6 月 1 日 被保険者氏名 小田急 太郎 印											

外傷の場合は負傷届を添付してください



事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成1年 5 月 1 日から 平成1年 5 月 31 日まで	31 日間		
	うへの支の期間中報酬の係	全額支給した場合、または支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金 円 日間の分として ( 月 日支払 )	日額金 円
		一部支給した場合、または支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金 円 日間の分として ( 月 日支払 )	日額金 円
	現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	給与規則により 支給しない。			
うへのとおり相違ないことを証明します 令和 1 年 6 月 1 日					
所在地		東京都新宿区0008-8-8			
事業主	名称	00000 株式会社			
	氏名	人事部長 00 00			
印					

療養を担当した医師が意見を書くところ (もれなくご記入願います)	傷病名	脳挫傷硬膜下血腫			
	発病または負傷の原因	転落負傷			
	発病または負傷の年月日	昭和 不詳 年 月 日	うへの療養の給付を開始した年月日	昭和 19 年 3 月 31 日	平成
	労務不能と認められた期間	平成1年 5 月 1 日から 平成1年 5 月 31 日まで	31 日間	左の期間中の診療実日数	10 日間
	傷病の主状態および経過概要	※ 労務不能と認められた期間について詳しくご記入願います。 開頭手術により血腫除去、外減圧術により治療中。 意識障害が残り現在も入院中である。			
	就労見込み	① 〇年 〇月 〇日頃から就労可能の見込み ②現時点では不明である			
	うへのとおり相違ありません	令和 1 年 5 月 31 日			
所在地		東京都新宿区0009-9-9			
医療機関	名称	00000 総合病院			
	医師名	00 00			
印					
電話 000 (000) 0000					

記入上の注意点  
1.印ははっきり押し、捺印もれのないようにしてください。  
2.訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押した印を訂正印として押してください。