記入しないでください

決定金額	傷病手当金		常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

傷病手当金支給決定期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
不支給期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
前回までの支給期間	H・R 年 月 日から	H・R 年 月 日まで	給付回数 回
給付開始日	H・R 年 月 日	日数	

標準報酬日額 円
年金(報酬)日額 @ 円
標準報酬日額差額支給 円 × 2/3 × 日 = 円
病類コード

傷病手当金請求書

※該当する箇所にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

①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	番号	被保険者の氏名	生年	□昭和 □平成 □令和 年
被保険者の現住所	〒 電話 ( ) 方				
事業所の名称		被保険者の業務の種別			
被保険者の資格を取得した年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	傷病名			
発病または負傷の年月日	□平成 □令和 年 月 日		ケガ(負傷)の場合は、下記の負傷届に記入ください。		
給付開始日	□平成 □令和 年 月 日	請求回数	第 回		

疾病または負傷の療養をするため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
うえの休んだ期間の報酬について	□受けた ・□受けない ・□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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間の分として 円
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 □障害厚生年金 □老齢厚生年金 □障害基礎年金 □障害手当金等
	年金等支給事由となった傷病名
	年金額または手当金額 円
	基礎年金番号 / 年金コード
	年金等を受けることとなった年月日 □平成 ・□令和 年 月 日
うえの年金等を受けていない場合	□請求中 □請求していない 理由
労災保険から休業補償給付を受けていますか	□はい □いいえ □請求中
うえの労災保険からの休業補償について「はい」または「申請中」と答えた場合、支給元(請求元)の労働基準監督署をご記入ください	労働基準監督署

うえ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

【負傷届】●請求1回目のみケガ(負傷)の場合は、ご記入ください。※請求2回目以降記入不要
(骨折・打撲・捻挫など含む)

令和 年 月 日 □午前 □午後 時 分頃
負傷発生日時と勤務状況 □通勤途中 □勤務中 □勤務後 □休み □その他( )
負傷発生場所 ( )
発病または負傷原因(負傷時の状況) ※何の目的で何をしていて、どのようになった等を**詳細に記入**してください

令和 年 月 日
被保険者氏名 印
小田急グループ健康保険組合理事長殿

うえの決定金額の受領方を 職名 氏名 に委任します
令和 年 月 日
被保険者氏名 印
小田急グループ健康保険組合理事長殿

健保担当 / 課長 / 係長 / 係員

NO

請求者印

・3ヵ所同じ印でお願いします。・訂正印はこの印をご使用ください。

②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

うえの期間中の分として支払う報酬関係

● 上記「労務に服さなかった期間」のうち**全額支給した(する)場合**で【出勤は○】【有給は△】【公休は/】【欠勤は**無印**】で表示してください。
● 上記「労務に服さなかった期間」のうち**一部支給した(する)場合**で【 一部支給をした(する)場合は□】で表示してください。

	出勤	有給
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 27 28 29 30 31 計		
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 27 28 29 30 31 計		
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 27 28 29 30 31 計		

※有給のみ 合計 日間の分として 金 円〔日額 金 円〕 (月 日支払)
※一部支給した(する)合計 日間の分として 金 円〔日額 金 円〕 (月 日支払)

□上記以外 **現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨**

□ 給与または就業(賃金)規則(程)により支給しない □ 現在までにもまた将来も支給しない □ その他 ( )

うえ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 / 名称 / 氏名 印

事業主印

・2ヵ所同じ印でお願いします。・訂正印はこの印をご使用ください。

③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	※ 労務不能と認めた傷病名のみ記入してください (1) (2)
初診日(左記の療養の給付を開始した年月日)	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日
発病または負傷の年月日	□平成 □令和 年 月 日
発病または負傷の原因	
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
左の期間中の診療実日数	日間
傷病の主状態および経過概要	※上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等、詳しくご記入願います
	※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
就労見込み	□ 令和 年 月 日頃から就労可能の見込み □ 現時点では不明である

うえのとおり相違ありません 令和 年 月 日

医療機関 所在地 / 名称 / 医師名 印
電話 ( )

《注意事項》 添付書類(参考)

※ 請求1回目のみ「労務に服さなかった期間」勤務状況が確認できる**勤務表等**の添付(労務に服さなかった期間の日数分)

《① 被保険者が記入するところ》

1.「うえのとおり請求します」「うえの決定金額の受領方を・・・に委任します」2箇所の年月日が、**必ず「労務に服さなかった期間」以後の日付(年月日)**になっていること

2.労災保険から休業補償給付を受けている方は「休業補償給付支給決定通知書のコピー」の添付が必要です

《② 事業主が証明するところ》

3.医師が「労務不能と認めた期間」および「初診日(左記の療養の給付を開始した年月日)」より事業主が証明するところの「労務に服さなかった期間」が長い場合は**「療養状況報告書」**の添付が必要 **※ 請求1回目のみ**

4.「うえのとおり相違ないことを証明します」年月日が、必ず**「労務に服さなかった期間」以後の日付(年月日)**になっていること

5.約1ケ月毎に医師が意見を書くところの「左の期間中の診療実日数」が**「0」の場合は「療養状況・日常生活状況報告書」**の添付が必要

《③ 療養を担当した医師が意見を書くところ》

受付日付印

6.特に「**初診日**(左記の療養の給付を開始した年月日)」と「就労見込み」の記入漏れ注意

7.「うえのとおり相違ありません」の受付日は医師の**意見は労務不能と認めた期間以後**になっていること

《④ その他》

8.訂正される場合は、訂正箇所二重線で末梢し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに末尾に押した印を訂正印として、それぞれの記入者(被保険者・事業主・療養担当者)による押印または氏名の署名が必要

9.印ははっきり押し、捺印もれのないようにしてください

2022.1