

1枚目（被保険者記入用）
◎この申請書は2枚一組です。

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 傷病手当金請求書 ・ 同意書 提出日 年 月 日

① 被保険者等 記号と番号	記号 番号 ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。	② 被保険者 氏名	
③ あなたの仕事 内容(具体的に)	※退職日以降の期間を請求する場合、退職前の業務内容をご記入ください。	④ 生年月日	年 月 日
⑤ 被保険者の (請求者) 現住所	(〒 -)	TEL ()	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
⑥ メールアドレス	@ ※電話での連絡が難しく、メールでの連絡を希望される場合にはメールアドレスをご記入ください。		
⑦ 傷病名		⑧ 発病または 負傷の年月日	年 月 日
⑨ 傷病の原因 について	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> その他() ※工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。 ※工作中や通勤途上の労災に該当する場合は請求できません。		
⑩ 療養の為休んだ 期間の傷病の 状態を詳しく	症状 : 医師からの 指示等 :		
⑪ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	⑫ 労災保険からの休業 給付補償の申請を していますか	はい ・ いいえ
⑬ 「障害年金」または 「障害手当金」を 受給していますか	はい ・ いいえ ・ 請求中	受給している ものにチェック <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	※請求中の場合は誓約書が必要と なります。 ※年金額に変更が生じた際には ご連絡ください。
⑬で「はい」もしくは 「請求中」の場合	傷病名	基礎年金番号	
	年金年額	円	支給開始日 年 月 日
⑭ 《退職者の場合》 老齢または退職に よる公的年金を 受給していますか	はい ・ いいえ ・ 請求中	⑭で「はい」もしくは 「請求中」の場合 基礎年金番号	
		支給開始日	年 月 日

同意書

FR健康保険組合 理事長殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、FR健康保険組合が関係機関に対して、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・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関がFR健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びFR健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

※ 関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

〔注1〕 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)

医師証明は2ページ目に続きます。

受付日付印

〔注2〕 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

提出先	※担当医師より、労務不能の意見の記入を受けた後、以下の宛先へご提出ください。
在籍中の期間についての請求	〒754-0894 山口県山口市佐山10717-1 (TEL:083-988-0306) (株)ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム
資格喪失後の期間についての請求	〒135-0063 東京都江東区有明1-6-7 (TEL:03-6865-0005) FR健康保険組合 給付担当

2枚目（療養担当者記入用）

傷病手当金請求書
(2枚一組での申請になります)

⑮ 患 者 氏 名			⑯ オンライン診療や患者の転居等により証明書 原本のお渡しが困難で、PDFで交付した場合	<input type="checkbox"/>																																																																		
⑰ 傷 病 名	(1) (2) (3)	⑱ 療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日																																																																			
⑲ 発 病 ま た は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	⑳ 発病または 負傷の原因																																																																				
㉑ 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで																																																																					
㉒ 診 療 実 日 数 診療日を○で囲んでください。	<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>日間</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>日間</td> </tr> </table>				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	日間	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	日間
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	日間																																						
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	日間																																						
㉓ ㉑の期間中入院した 場合にはその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養費の別 転 帰	健保・自費・公費()・その他 治癒・繰越・中止・転医																																																																			
㉔ ㉑の期間中における 傷病の主状態及び 経過の詳細について																																																																						
㉕ 通院指導について	1. 入院中 2. 日おきに通院 3. 週に 回通院 4. 月に 回通院 5. ヶ月に1回通院 6. 指示していない（指示をしていない理由を備考欄にご記入ください。） 【備考】																																																																					
㉖ ㉑の期間における 治療内容、検査結果 療養指導等（詳しく）			㉗ 投薬の 有 無	あり・なし																																																																		
㉘ 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																																																																						
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 医 療 機 関 名 称 電 話 番 号 () 医 師 の 氏 名																																																																						

※医療機関名等ゴム印を押印ください。

【医師へのお願い】

労務不能と認めた期間は、未来の証明はお受けできません。

内容により、保険者より照会をさせていただくことがありますので予めご了承ください。

訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

退職した後も傷病手当金を請求される方へ「資格喪失後の継続給付」

退職後の傷病手当金の請求には、以下の書類を添付してご提出ください。

1. 「日常生活・療養状況報告書」
2. 雇用保険の「受給期間延長通知書」のコピー
(失業給付を受給する場合は請求出来ません)
3. 医療機関から発行された「診療明細書」のコピー
4. 調剤薬局から発行された「調剤明細書」のコピー

1. 退職後も受けられる給付

会社を退職し、被保険者の資格を失ったあとでも、支給要件を満たせば資格喪失後の継続給付として引き続き傷病手当金が請求できます。

支給期間は、支給開始の日から1年6ヶ月の範囲です。

その間に働けるようになった場合は、その時点で受給権が消滅します。(断続しては受けられません)

2. 支給要件 (以下の要件をすべて満たす必要があります)

①	被保険者期間が1年以上あること
②	退職日時点で傷病手当金を受給していること (または受給資格があること)
③	退職後も労務不能状態が続いていること (医師が労務不能と認めていること)

* 退職日に出勤すると受給権を満たさないため退職日以降の傷病手当金が支給されません

* 労務不能の判定は、医師の意見を基に被保険者の在籍していた時の仕事の内容を考慮して判断されます

3. 支給期間

支給開始日より1年6ヶ月の範囲 (退職後は断続して受けることはできません)

1日でも「受給できない日」があれば、同一の傷病で再び労務不能になったとしても、その後の傷病手当金は支給できません。

4. 傷病手当金の支給調整

障害厚生年金・障害手当金・老齢厚生年金を受けている場合
同一の傷病で障害年金等の受給額が傷病手当金の額よりも少ない場合はその差額が支給されます。 老齢厚生年金等の受給額が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。 ● 国民年金厚生年金保険年金証書 ● 直近の年金振込通知書 ● 障害者手帳等 のコピーを添付

* 傷病手当金を請求しているときに、年金の受給額が改定された場合は、すみやかに健保までご連絡ください。

5. 内容審査について

疾病・負傷やその他の症状、医療機関への受診 (投薬) 状況等、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者、医師等へ照会をさせていただき、支給可否について判断を行います。

請求後、健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。

医療機関 (調剤薬局) から発行された「診療明細書」「調剤明細書」のコピーを毎回添付してください

6. 請求時の注意

- ・傷病手当金は生活保障を目的とした給付ですので、できるだけ毎月請求してください。
- ・記入もれや書類不備等があると、給付が遅れる場合がありますのでご注意ください。

7. 請求書の提出・連絡先

退職後からの請求は、直接健康保険組合へご提出ください。

<提出先> 〒135-0063 東京都江東区有明1-6-7 F R 健康保険組合 宛

<連絡先> 03-6865-0005 給付担当

※任意継続被保険者の方も、在籍時の記号・番号をご記入ください。
※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。

記号	番号	氏名
----	----	----

◆請求期間と通院状況について◆

請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
病院のかかり方について 医師からどのような 指示を受けていますか	1. 入院中 2. ____日おきに通院 3. 週に____回通院 4. 月に____回通院 5. ____ヶ月に____回通院 6. 指示は受けていない(以下ア・イ・ウから選択してください) ア. 自分の都合のよい日に行く イ. 薬がなくなると行く ウ. その他()						
今回の請求期間中に、 医師の診察を受けた日に ○をつけてください	<table><tr><td>月</td><td>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</td><td>受診日数 日間</td></tr><tr><td>月</td><td>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</td><td>日間</td></tr></table>	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	受診日数 日間	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	日間
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	受診日数 日間					
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	日間					
今回の請求期間中、 医師の指示通りに受診が できなかった場合は、 その理由をご記入ください							

◆療養指示・療養状況について◆

医師から療養に ついてどのような注意、 指示を受けていますか	
お仕事に就くことが できない状況を ご記入ください (自覚症状など)	
請求期間中はどのような 療養を行っていましたか。 日常の過ごし方について ご記入ください	
いつ頃から 仕事につくことが できそうですか (アルバイトも含む)	1. ____年____月ごろ [____月____日より 就労・就労予定] 2. 症状は軽快しているが、もう少し様子を見る 3. 継続して治療が必要で、就労は無理である 4. その他()

◆健康保険・雇用保険について◆

現在加入している 健康保険について	記号・番号 () 保険組合名 () 1. 健康保険組合 (本人・家族) 2. 国民健康保険 3. 全国健康保険協会 (本人・家族) 4. その他 ()
ハローワークで 求職の申し込みを されていますか?	1. 申し込みをしている 2. 給付の延長届を提出している 3. 申し込みをしていない(その理由:)

◆添付書類について◆

必要書類がもれなく添付 されているか提出前に ご確認ください(☑)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写し <input type="checkbox"/> 調剤明細書の写し <input type="checkbox"/> 受給資格者証の写し等 → ハローワークで求職の申込みをされている方は添付が必要です <input type="checkbox"/> 延長証明書の写し → ハローワークで給付の延長届を提出している方は添付が必要です
---	---

- 添付書類もれ、記入もれ、虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。
- 報告書の記入内容について、担当医師に確認をさせていただく場合もあります。