

1枚目（被保険者記入用）

傷病手当金の請求期間が
1ヶ月以上にわたる場合は
1ヶ月ごとに医師の証明を頂き
請求してください。

常務理事	事務長	担当	係

記入例

◎この申請書は3枚一組です。

健康保険 **傷病手当金請求書・同意書** 提出日 **令和7年4月1日**

① 被保険者等 記号と番号	記号 1234 番号 12345678 <small>※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。</small>	② 被保険者 氏名	山口 太郎
③ あなたの仕事 内容(具体的に)	商品マーケティング <small>※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。</small>	④ 生年月日	昭和 50 年 6 月 1 日
⑤ 被保険者の (請求者) 現住所	(〒 -) TEL () してください。 ご自身の現住所と、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	@ <small>※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。</small>		

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 **7** 年 **4** 月 **1** 日
被保険者氏名 **山口 太郎**

支給 払付 先金	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。	
	尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る)	
<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。	給与振込口座以外の口座をご希望の場合にのみ 該当の欄にチェックを入れてください。
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録し [必要添付書類] 金融機関名称、支店名、口座 注1) 海外送金はできません。 注2) 電子マネーでの送金はできません。	

※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。

2ページ目に続きます。

受付日付印

2枚目（被保険者記入用）

記入例

◎この申請書は3枚一組です。

健康保険 傷病手当金請求書 ・ 同意書

被保険者氏名	山口 太郎
--------	--------------

⑦ 傷病名	鎖骨骨折	⑧ 発病または負傷の年月日	令和 7 年 3 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> その他 夜、家の階段で足を踏み外し転落し骨折		
<small>※ 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。</small>			
⑩ 療養の為に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：	傷病の症状と、療養の状況・医師からの指示等について詳しく記入してください。	
⑪ 療養のために休んだ期間（請求期間）	令和 7 年 3 月 1 日 から 令和 7 年 3 月 15 日 まで 15 日間	⑫ 請求期間に報酬を受けましたか また今後受けられますか	はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<small>※ 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。</small>
⑬で「はい」もしくは「請求中」の場合	傷病 年金年	障害厚生年金・老齢退職年金の給付を受けている方は、「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。請求中の方は、誓約書の追加提出が必要となります。	
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

医師証明は3ページ目に続きます。

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	

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)	⑱ 療養の給付開始年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日
担当医師に記入を依頼してください。			
⑲ 発病または負傷の年月日	年 月 日	負傷の原因	
⑳ 労務不能と認めめた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
㉑ 診療実日数 診療日を○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 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		
㉒ 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
㉓ 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			
㉔ 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. 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】		
㉕ ㉑の期間における		㉖	あり・なし
「うえのとおり相違ありません。」と医師が記入した日付までの支給となります。 未来の証明は認められません。 例：労務不能と認めめた期間 令和7年3月1日から令和7年3月15日まで 15日間 うえのとおり相違ありません。 令和7年3月10日 × (期間終了日以降の日付であること)			
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。

※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 医師の診察を受け ○をつけてください	<table border="1"> <tr> <td></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> </tr> <tr> <td>受診日数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>日間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>日間</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	受診日数																	日間																	日間																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																																																					
受診日数																																																																					
日間																																																																					
日間																																																																					
今回の請求期間 医師の指示通りに できなかった場合 その理由をご記入																																																																					

**資格喪失後の傷病手当金を請求される
 場合、傷病手当金請求書・同意書に加え
 毎回、「日常生活・療養状況報告書」及び
 下記添付書類を同封のうえ申請いただく
 こととなります。**

◆療養指示・療

医師から療養 についてどのような 指示を受けてい	
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、もうしばらく様子を見る 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し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
---	--

添付書類は毎回提出が必要となります。

- 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。