


傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 (被 保 険 者 が ご 自 身 で ご 記 入 く だ さ い)	健康保険記号・番号		記号	番号	請求日		年	月	日												
	フリガナ				被保険者連絡先 (日中連絡可能な電話番号)		()														
	被保険者氏名(自署)																				
	現住所 傷病手当金の支給決定通知書の送付先となります。(簡易書留郵便) また、ご提出いただいた書類に不備があった場合等に、ご記入いただいた住所宛に書面を送付することがあります。		〒 (-)																		
	被保険者の業務種別 いずれかに☑を付けてください。退職者の場合、在職時の業務に☑をしてください。				<input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()																
	【初回請求の場合】のみ、いずれかに☑をしてください。				<input type="checkbox"/> 受給していた <input type="checkbox"/> 受給していない																
	当組合加入前の保険者から傷病手当金を受給していましたか																				
	傷病名 【妊娠による傷病(妊娠悪阻、切迫早産など)の場合】は、「母子手帳の写し(被保険者氏名・出産予定日が確認できるページ)」の添付をお願いします。傷病手当金と出産手当金が同時に受給できるようになったときは、出産手当金が優先して支給されるため、出産手当金の対象期間を確認いたします。																				
	発病・負傷年月日 分からない場合は「不詳」に☑を付けてください。 日付が不明な場合は「〇年〇月頃」とご記入ください。				年		月		日		<input type="checkbox"/> 不詳										
	療養開始日 「発病・負傷年月日」以降の日付をご記入ください。				年		月		日												
発病又は負傷の原因 分からない場合は「不詳」に☑を付けてください。				<input type="checkbox"/> 不詳																	
傷病の状態を詳しく 傷病状態やその間の療養状況等についてご記入ください。																					
労務に服することができなかった期間(請求期間) 日数も必ずご記入ください。 未来の期間についての請求はできないため、過去の日付をご記入ください。				年		月		日		から	年	月		日		までの	日間				
上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。 いずれかに☑をしてください。「はい」に☑をした場合のみ、報酬対象期間と報酬額(総支給額)をご記入ください。				<input type="checkbox"/> はい →		【報酬対象期間】		年		月		日		から		年		月		日まで	
				<input type="checkbox"/> いいえ		【報酬額(総支給額)】		円													
<傷病の原因が「業務上または通勤途上の原因」の方のみ> 労働者災害補償保険法等に基づく休業補償給付等を受けていますか。 いずれかに☑をしてください。「業務上または通勤途上の原因」の場合、原則として、労働者災害補償保険法等の休業補償給付等の対象です。				<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 請求中(請求予定) <input type="checkbox"/> 受給している																	
第三者(加害者)行為によるものですか。 いずれかに☑をしてください。第三者(加害者)行為に起因している場合、原則として、医療費や傷病手当金等は健康保険から支給されず、被害者等から加害者へ請求することになります。				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい																	
傷病手当金と「同一疾病」で、障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。 いずれかに☑をしてください。 「障害厚生年金又は障害手当金」が、傷病手当金より少ないときは、傷病手当金が調整され、その差額が傷病手当金として支給されます。				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい		「請求中」「はい」の場合のみ、右欄をご記入ください。		受給傷病名													
<退職者(任意継続被保険者を含む)のみ> 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。 いずれかに☑をしてください。 老齢又は退職を事由とする「公的年金」が、傷病手当金の金額より少ないときは、傷病手当金が調整され、その差額が傷病手当金として支給されます。				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい		「請求中」「はい」の場合のみ、右欄をご記入ください。		受給開始年月		年 月											
介護保険サービスを受けたとき				保険者番号		被保険者番号		保険者番号													
振込希望 金融機関		銀行名		銀行 信用金庫		支店名		支店													
		口座番号 (右詰でご記入ください)		普通預金		口座名義		被保険者名義													

※本請求書に関する書類を事業主経由で提出することについて、同意しない方のみ☑

- ※ 網掛け部分について、原則被保険者自身においてご記入ください。
- ※ 雇用保険受給者、業務上・通勤災害によるもの(労災給付対象)や病気とみなさないもの(美容外科など)は支給対象外です。
- ※ 健康保険組合へ直接提出された請求書については、「事業主が証明する欄」の証明取得のため、事業主へ提出します。
- ※ 支給可否査定のため、必要に応じて追加書類のご提出をお願いします。(療養状況や日常生活状況について所定の「報告書」、医療費の領収書・明細書等)
- ※ 傷病手当金と出産手当金を同時に受けることができる場合には、出産手当金が優先されます。
- ※ 資格喪失日の日の前日(退職日)まで被保険者期間が継続して1年以上あり、被保険者喪失日の前日に、現に傷病手当金を受けているか、受けられる(支給要件を充足している)状態であれば、資格喪失後も傷病手当金を引き続き受けられる場合があります。
- ※ 傷病手当金と同一傷病で障害厚生年金(障害基礎年金も含む)が受けられるようになった場合や、傷病手当金の支給後に、支給期間を対象とした報酬(賞与等)の支払があった場合には、傷病手当金との調整対象となりますので、当健康保険組合までお申し出ください。 (支給済の傷病手当金に過払を確認した場合には、返金により精算を行っていただきます。)
- ※ 支払日は原則毎月5・15・25日(土日祝日の場合は、前営業日)となります。(各支給日の8営業日前までに不備なく書類が当健康保険組合に到着したものを支給)なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。
- ※ 時効は、労務不能であった日ごとその翌日から2年です。(健康保険法第193条)
- ※ 健康保険の記号・番号の代わりにマイナンバー(個人番号)で申請する場合は、番号欄にマイナンバー(個人番号)を記載してください。

提出先	GIB・PGF→大槻事務所 CLIS・コミュニティSKY・PGI・PGビジネスサービス・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください。 ※任意継続被保険者・退職者は、当健康保険組合へ直接郵送して下さい。	
-----	---	--

受付日付印

シブアルタ健康保険組合 健-9① (2026.4)


傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

(本 社 等 で 証 明 す る た め 、 被 保 険 者 は 空 欄 の ま ま ご 提 出 く だ さ い) 事 業 主 が 証 明 す る 欄	健康保険記号・番号	記号	番号	被保険者氏名		
	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 までの 日間				
	上記期間中の分として、報酬の全額または一部を支給した場合は支給する場合 <small>(書ききれない場合等は、賞金台帳写しでの証明でも可。但し、報酬の期間・報酬額を右欄と同様形式で作成の上、証明ください。)</small>	報酬月 [支給月]	支給対象期間 [支給内訳]	報酬額内訳 [] [] []		報酬計
		月	年 月 ~ 年 月	円	円	円
		月	年 月 ~ 年 月	円	円	円
現在まで又は将来も支給しない場合はその旨						
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日						
事業所名称： 事業主氏名： シブラルタ健康保険組合 理事長 殿						

社会保険労務士の提出代行者

(被 保 険 者 が 、 医 師 に 記 載 を 依 頼 し て く だ さ い) 医 師 が 記 載 す る 欄	対象者氏名	生年月日	S・H 年 月 日生	
	傷病名			
	発病または負傷の原因			
	発病・負傷年月日 <small>(不詳の場合は「不詳」に○を付けてください。)</small>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不詳	療養給付開始日 (初診日) 年 月 日
	労務不能と認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 までの 日間		
	労務不能と認めた期間における診療実日数	日間	左記の期間中で入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間) 入院費用の別 健保・自費 公費・その他
	労務不能と認めた期間における診療日 <small>(診療日および入院期間について○を囲んでください。枠が不足する場合は、任意の書式等にご記入ください。)</small>	[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	
		[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	
		[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	
	傷病の状態と経過			
上記のとおり相違ありません。 年 月 日				
所在地：〒 () 住所： 電話番号： 医療機関名： 医師氏名： シブラルタ健康保険組合 理事長 殿				

受付日付印

提出先	GIB・PGF→大機事務所 CLIS・コミュニティSKY・PGI・PGビジネスサービス・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください。 ※任意継続被保険者・退職者は、当健保組合へ直接郵送して下さい。	
-----	---	--

傷病手当金申請チェックシート（提出不要）

「傷病手当金・傷病手当金付加金請求書」の提出に際して、当チェックシートをご活用ください。

	チェック項目	チェック欄
申請者 チ ェ ッ ク シ ー ト	「被保険者が記入するところ」に、記入漏れはありませんか？ ※記入漏れがある場合は、追加で書類をご提出いただく必要がありますので、必ずすべての項目をご記入ください。	□
	「被保険者が記入するところ」の「労務に服することができなかった期間」は、医師が記載された「労務不能と認められた期間」と同じになっていますか？	□
	「医師が記載するところ」は、主治医等に漏れなく記入してもらっていますか？ ※【健康保険法施行規則第84条第2項】より、診断書での代用は不可	□

<p>【傷病手当金支給の標準スケジュール】 当健保組合における標準送金日は、原則毎月5日・15日・25日（土日祝日の場合は、前営業日）となります。金融機関により振込まれる時間は異なります。 [注]・事業主において、貸金台帳の作成に時間を要し、支給が遅れる場合があります。 ・請求書への記入漏れや記載不備や添付書類漏れ等があれば、内容確認に時間を要し、支給が遅れます。 ・申請内容によっては、医師照会やレセプト確認等の必要があるために、支給決定に時間を要する場合があります。 ・誤記入等によって、口座情報相違等で送金不能になった場合には、再送金に相当日数を要します。</p>
--

健康保険法 施行規則 第八十四条（傷病手当金の支給の申請）【抜粋/要約】

- 傷病手当金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。
- 一 被保険者等記号・番号又は個人番号
 - 二 被保険者の業務の種別
 - 三 傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日
 - 四 労務に服することができなかった期間
 - 五 被保険者が報酬の全部又は一部を受けることができるときは、その報酬の額及び期間
 - 六 傷病手当金について、障害厚生年金又は障害手当金の別、その額、支給事由である傷病名、障害厚生年金又は障害手当金を受けることとなった年月日並びに障害厚生年金を受けるべき場合においては、基礎年金番号及び当該障害厚生年金の年金証書の年金コード（年金の種別及びその区分を表す記号番号をいう。以下同じ。）
 - 七 傷病手当金について、老齢退職年金給付（以下単に「老齢退職年金給付」という。）の名称、その額、当該老齢退職年金給付を受けることとなった年月日、基礎年金番号及びその年金証書又はこれに準ずる書類の年金コード又は記号番号若しくは番号
 - 八 傷病手当金について、受けることができるはずであった報酬の額及び期間、受けることができなかった報酬の額及び期間、報酬を全部又は一部受けた場合において、受けた傷病手当金の額並びに報酬を受けることができなかった理由
 - 九 労務に服することができなかった期間中に健康保険法の規定による居宅介護サービス費に係る指定居宅サービス、特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、地域密着型介護サービス費に係る指定地域密着型サービス、特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス、施設介護サービス費に係る指定施設サービス等、特例施設介護サービス費に係る施設サービス、介護予防サービス費に係る指定介護予防サービス又は特例介護予防サービス費に係る介護予防サービス若しくはこれに相当するサービスを受けるときは、同法に規定する被保険者証の保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称
- 2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
- 一 被保険者の疾病又は負傷の発生した年月日、原因、主症状、経過の概要及び前項第四号の期間に関する医師又は歯科医師の意見書
 - 二 前項第四号、第五号及び第八号に関する事業主の証明書
 - 三 前項第一号の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日及び氏名を記載しなければならない。
 - 四 療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を受けることが困難であるため療養費の支給を受ける場合においては、傷病手当金の支給の申請書には、第二項第一号の書類を添付することを要しない。この場合においては、第一項の申請書にその旨を記載しなければならない。
 - 五 第一項の申請書には、次の各号に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める書類を添付しなければならない。
 - 一 同一の疾病又は負傷による障害厚生年金の支給を受けることができるときは、障害厚生年金の年金証書の写し、障害厚生年金の額及びその支給開始年月を証する書類並びに障害厚生年金の直近の額を証する書類
 - 二 同一の疾病又は負傷による障害手当金の支給を受けることができるときは、障害手当金の支給を証する書類
 - 三 法第八十八条第五項の規定に該当する者 老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額及びその支給開始年月を証する書類並びにその直近の額を証する書類
 - 四 法第八十八条第四項の規定する合計額が同項に規定する障害手当金の額に達したことにより傷病手当金の支給を受けるべきこととなった者は、第一項の申請書に次に掲げる書類を添付しなければならない。
 - 一 障害手当金の支給を受けた日から当該合計額が当該障害手当金の額に達するに至った日までの期間に係る第一項第四号に掲げる期間及びその期間に受けた報酬の日額に関する事業主の証明書
 - 二 前号に規定する第一項第四号に掲げる期間に係る第二項第一号に掲げる書類 7（略）

健康保険法第八十八条・第九十条（傷病手当金と報酬等との調整）【抜粋/要約】

- 一 疾病にかかり、又は負傷した場合において報酬の全部又は一部を受けることができる者に対しては、これを受けることができる期間は、傷病手当金を支給しない。ただし、その受けることができる報酬の額が、法第九十条第二項の規定により算定される額より少ないとき（法第九十条第一項又は第三項若しくは第四項に該当するものを除く。）はその差額を支給する。
 - 二 出産した場合において報酬の全部又は一部を受けることができる者に対しては、これを受けることができる期間は、出産手当金を支給しない。ただし、その受けることができる報酬の額が、出産手当金の額より少ないときは、その差額を支給する。三（略）四（略）五（略）
- 第九十条
- 一 前条第一項から第四項までに規定する者が、疾病にかかり、負傷し、又は出産した場合において、その受けることができるはずであった報酬の全部又は一部につき、その全額を受けることができなかったときは傷病手当金又は出産手当金の全額、その一部を受けることができなかった場合においてその受けた額が傷病手当金又は出産手当金の額より少ないときはその額と傷病手当金又は出産手当金との差額を支給する。ただし同条第一項、第二項、第三項又は第四項ただし書の規定により傷病手当金又は出産手当金の一部を受けたときは、その額を支給額から控除する。
 - 二 前項の規定により保険者が支給した金額は、事業主から徴収する。