健保使用欄			
支給額(合計)			￥
法定	支給期間		自:　年　月　日 至:　年　月　日
	支 払 額		￥
付加	支給期間		自:　年　月　日 至:　年　月　日
	支 払 額		￥

GL	担当者	担当者

備 考 欄

≪申請から給付の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

任意継続の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認証等で確認できる「記号」と「番号」をご記入ください

加金請求書

：被保険者は、太枠の中を記入して下さい。

被保険者等記号番号	記号 1	番号 123456		被保険者氏名	健保　康太
資格取得年月日	昭・平・令　18　年　4　月　1　日			被保険者の業務の種別	一般事務
傷病名	（医師の証明を基に記入）			発病または負傷日	元年　6　月　27　日
				発病または負傷原因	（判る範囲で具体的に）
申請期間（療養のため休んだ期間）	↓医師が「労務不能と認めた期間」が審査対象です。 令和　5　年　6　月　27　日 ～ 令和　5　年　7　月　31　日　35 日間 上記のうち「労務に服した日」「報酬額が傷病手当金を上回った日」「法定満了日の翌日以降」は除いて申請します。				
上記期間中に報酬を受けた場合は、その期間と額	令和　5　年　6　月　1　日 から　令和　5　年　7　月　31　日 まで の分として			※期間と額が不明な場合は担当部門へお問い合わせください。 327,000　円	
① 厚生年金保険法による障害年金・障害手当金を受給している				いいえ・はい・請求中	
障害年金・障害手当金の支給事由となった傷病名					
② 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか				いいえ・はい・請求中	
③ 労災保険から休業補償給付を受けている間の申請ですか				いいえ・はい・請求中	
上記①・②・③ で『はい』・『請求中』の場合	受給開始(予定)日			昭・平・令　年　月　日から	
	年金(予定)額			円	
負傷による休業の場合、第三者の				いいえ・はい	
被保険者等記号・番号に代えてマイナンバー ※マイナンバーで申請の場合、申請書を				備考欄	

請求日は必ず請求期間の最終日以降の日付をご記入ください

上記の通り申請します。
在職期間中または被保険者資格喪失者に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
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、富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。
※関係機関とは、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。
また、照会が複数となる場合は、本申請書の写しも有効とさせていただきます。

富士フイルムグループ健康保険組合 理事長殿　　令和　5　年　9　月　10　日

被保険者が死亡した後の申請の場合は相続人の名前を記入

住　所　神奈川県小田原市扇町 2-12-1
氏　名　健　保　康　太

＊ 障害（老齢）年金受給者は、毎回受給額のわかる「振込通知書」と「年金証書」の写しを添付して下さい。
＊ 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。

【医療機関様へお願い】＊意見書は、必ず**全項目のご記入を**お願いします。
＊意見書記入年月日の翌日以降に関する労務不能の証明は認められません。

療養を担当した医師の意見書（**全項目をご記入**ください）

受診者の氏 名		生 年 月 日	昭･平･令　年　月　日
傷　病　名		発病または負傷の原因	
発病又は負傷の 年 月 日	昭･平･令　年　月　日	該当傷病の	昭･平･令　年　月　日
労務不能と認めた期間		診 療 日数	日間
上記期間中の入 院 期			
転帰 以下より		導」等	
□治 □中 □継 □転　院			
上記の通り相		月　日	
医療機関の 所 名 称 担当した医師の氏名			印
TEL　（　　）			

療養を担当した医師が
傷病名・労務不能と認めた期間等について
証明する欄です

※ 医師に記入していただいたら
記入もれ・押印もれ等がないか確認してください！

記入漏れ等があった場合、請求書を受理できない
場合がありますのでご注意ください

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	年　月　日 ～　年　月　日まで　日間
上記の期間（出勤日以外）に対して報酬・交通費を支給しました（は	はい　・　いいえ
報酬・交通費を支給した場	勤日に対する報酬は除いて証明） ※ 時給日給 ～記入　←該当する場合は○
年　月	円
年	円
年	円
年　月	円
年　月	額　円
上記の通り相違無い	年　月　日
所 在 地 事業主 氏　名	印
特記事項	

事業主が

休業期間・休業期間中の給与について

証明する欄です

【事業主の方へお願い】
＊ 請求期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。
＊ 休業日に対する報酬（交通費含む）を、日額・期間額・月額のいずれかを○印で選択し証明して下さい。（出勤日に対する報酬は差し引いて下さい）
＊ 証明対象期間に対して、翌月以降に加算される手当・控除等がありましたらその額を含めて証明して下さい。

事業所担当者確 認 印

傷病手当金チェックリスト

下記チェック項目は基本的な内容です。
全て満たしていても、書類の内容によっては返戻になる可能性がございますので、予めご承知おき願います。

申請書

☐ 申請書は漏れなく記載があるか（記入例をご確認ください）

※よくある未記入項目：「業務の種別」、申請書下部の「被保険者名・住所・記入日」

☐ 傷病名は医師の意見書の「傷病名」と一致しているか

☐ 医師が「労務不能と認めた期間」を申請期間としているか

※労務不能と認めた期間以外については審査対象外となります。

☐ 年金受給確認項目の記載はあるか（受給していない場合も「いいえ」を選択）

② 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ ・ はい ・ 請求中
③ 労災保険から休業補償給付を受けている間の申請ですか	いいえ ・ はい ・ 請求中

☐申請書下部の記入日は請求期間等以後の日付になっているか

申 請 期 間 （療養のため休んだ期間）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 上記のうち「労務に服した日」「報酬額が傷病手当金を上回った日」「法定満了日以降」は除いて申請します。

この日付以降を
申請書下部の記入日に記載

☐ 医師の意見書の証明日は「労務不能と認めた期間」以後の日付になっているか

☐ 医師の意見書は漏れなく証明されているか（全て記載され、押印がされているか）

☐ 正しい訂正印が押印されているか

※修正液は使用不可です。被保険者記入欄には被保険者の、医師の意見書には医師の訂正印が必要です。

☐ 交通事故など第三者行為による申請の場合、株式会社オークス（TEL0120-732-255）へ連絡しているか

☐ 相続人による申請の場合は、申請者名が相続人になっているかまた、戸籍謄本等の証明が添付されているか

☐ 移籍者は移籍前と後で申請書を分けているか

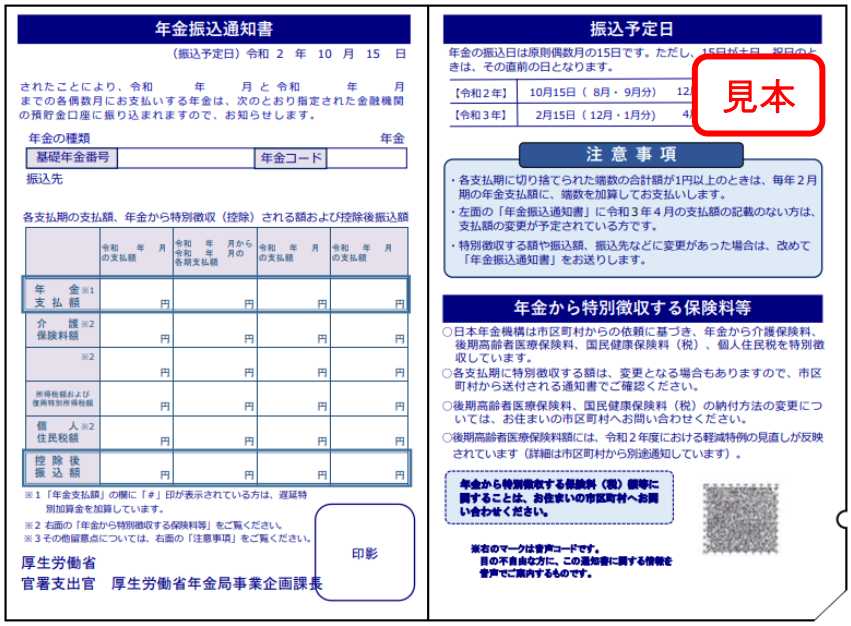
※移籍前後で申請期間がまたがる場合は、移籍前と移籍後で申請書を分ける必要があります

例）4/1 に A 社から B 社へ移籍→3/31 までの休業は A 社の記号番号で申請書を作成し、A 社健保担当部門に提出
4/1 以降の休業は B 社の記号番号で申請書を作成し、B 社健保担当部門に提出

添付書類

☐ 年金受給者は年金証書（写）および直近の金額が分かる振込通知（写）の添付があるか

↑年金証書



↑圧着はがきで届く「振込通知書」

※画像は年金機構 HP より