

傷病手当金申請書記入上の注意

申請書は全3ページです。不足のないように提出してください。

(共通事項)

- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

(被保険者の方へ)

- ①欄および⑤欄の押印は不要です。
被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、①欄と⑤欄両方をご記入ください。(④欄は申請者の住所を記入してください。) ⑥欄の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも被保険者の生年月日をご記入ください。
- ⑦欄は単に事務員、工員と記入することなく、「経理担当事務員」「仕上工」「旋盤工」等具体的にご記入ください。
- ⑧欄は日時、場所、何をしていたとき等、具体的にご記入ください。なお、傷病の原因が外傷性疾病等(捻挫、打撲、骨折、擦傷、打ち身等)の場合は、「負傷原因記入欄」に必ずご記入ください。(初回請求時のみ)
- ⑨欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは健康保険組合にお問い合わせください。

【添付書類】

- 第三者行為による傷病の場合は「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
- 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が申請する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付願います。
なお、資格喪失時に申請者が被扶養者になっていた場合は、添付の必要はありません。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付願います。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記願います。)
- 障害厚生年金、障害手当金の給付を受けている方は、「厚生年金保険障害年金証書の写し、障害手当金決定通知書の写しまたは、これに準ずる書類の写し」および「その額と支給開始年月を証明する書類の写し並びにその直近の額を証明する書類(年金振込通知書等)の写し」を添付願います。
- 老齢退職年金の給付を受けている方は、「老齢退職年金の年金証書の写しまたは、これに準ずる書類の写し」および「その額と支給開始年月を証明する書類の写し並びにその直近の額を証明する書類(年金振込通知書等)の写し」を添付願います。
※年金額に変更があった場合は、健康保険組合へご連絡ください。([年金額改定通知書]をご提出いただくことになります。)

(保険給付金の振込先について)

- 退職者以外の方は、必ず組合登録済の代理人に委任してください。(⑩委任欄に記入願います。)
- 資格喪失後の方は、振込先を申請者にする事ができます。その場合は⑪欄にのみご記入ください。

(事業主の方へ)

- 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿(タイムカード)の写しと賃金台帳の写しをご記入ください。
また、記入しない場合は、写しを添付願います。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法をご記入ください。
- 3か月を超えて証明する場合は、事業主証明欄をコピーして超えている部分をご記入ください。
- 給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。
- 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ⑫欄の療養のため休んだ期間(申請期間)が被保険者の資格を喪失した後の期間であるときは、事業主の証明は必要ありません。
- 書類作成日が証明日となります。必ずご記入ください。
※⑫欄の期間を含む賃金計算期間をすぎてから証明願います。

【添付書類】

- 役員などは、役員報酬を支給しないこととする証明(役員会議議事録)、出勤簿、賃金台帳の写しを添付願います。

療養担当者意見欄	患者氏名																																		
	傷病名	(1)			㊦	(1)	年	月	日																										
		(2)			療養の給付開始年月日(初診日)	(2)	年	月	日																										
		(3)				(3)	年	月	日																										
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	発病負傷	発病または負傷の原因																												
	㊧ 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間																													
	㊧ ㊧のうち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	健保	自費	公費()	その他																								
		令和	年	月	日まで	入院		転	帰	治癒(年 月 日)	繰越・中止・転医																								
	診療実日数	日	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
				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
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	
㊨	㊧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)					手術年月日	令和	年	月	日																									
						退院年月日	令和	年	月	日																									
<p>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</p>																																			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日				平成・令和		年	月	日																										
	人工臓器等の種類		ア、人工肛門	イ、人工関節	ウ、人工骨頭	エ、心臓ペースメーカー																													
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日 医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p>電話番号 () -</p>																																			

(療養担当者の方へ)

- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
- 「傷病名」および㊦欄は複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名および初診の日を順次ご記入ください。
- ㊧欄の労務不能と認められた期間については、治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 3か月を超えて証明する場合は、療養担当者の意見欄をコピーして超えている部分をご記入ください。
- ㊨欄は症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見をなるべく詳しくご記入ください。特に手術をした場合は、手術の名称と手術年月日をご記入ください。
- 人工透析または人工臓器等を装着したときは、実施日または装着日をご記入ください。なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」を○で囲んでください。