傷病手当金を請求される方へ

被保険者が病気やケガの治療のため会社を休み、その期間給与が支払われない時、生活を保障するための傷病手当金を請求する場合、健保組合で審査を行い、「 傷病手当金 」が支給されます。
（ 業務上および通勤中の事故による傷病は「 労災保険 」で扱われます。）

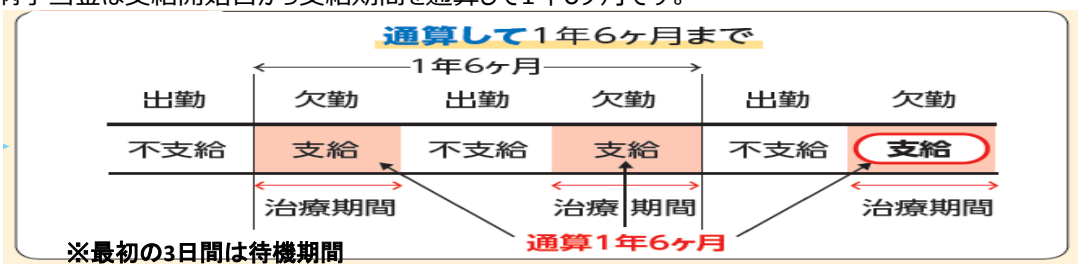
●支給要件

1	業務外の事由による病気やケガのため療養中であること
2	仕事に就けないこと（労務不能であること）
3	連続する3日以上休んでいること（ **3日間待期** をとり 4日目から支給されます ）
4	給与が支払われていない、または傷病手当金の額より少ないこと

注意） 待期期間は、有休、公休（土日・祝日）でも認められます（医師の証明が必要）。

●支給期間

傷病手当金は支給開始日から支給期間を通算して1年6ケ月です。



●支給調整

1	障害厚生年金・障害手当金を受給する場合は受けられません （傷病手当金と同一傷病）
2	傷病手当金の受給中に出産手当金を受けられるようになった場合は、出産手当金の給付が優先し、その間、傷病手当金の支給は停止されます。

障害厚生年金、障害手当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。
傷病手当金請求後に、障害年金の受給資格が発生した場合や受給額が改定された場合にはすみやかに健保組合までご連絡ください。

・障害厚生年金、障害手当金を受給している（できる）方は、①最新の年金証書の写し②年金振込通知書の写し③受給事由となった傷病名の分かる書類（障害者手帳等）の写しを添付してください。

●医師の意見欄

1	記入もれ、間違いがないか確認をしてから提出してください
2	医師の労務不能証明は「証明日以前の期間」について記載してもらってください
3	傷病の主症状、経過概要、労務不能理由について詳細に記載してもらってください

●支給日・支給方法

・**毎月末日**までに健保組合へ提出された請求書に基づき、翌月の給与日に会社（事業所）経由で給付いたします。

●提出期限・提出先

・**毎月末日までに健保に会社（事業所担当者様）経由で**提出して下さい。
・事業所の証明には日数を要しますので、具体的な手続きや会社への提出期限等については、事前に会社（事業所担当者様）へご確認下さい。

●注意事項

・傷病手当金は生活保障を目的とした給付ですので、原則として**毎月請求**してください。
・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。
・記入漏れや書類不備がある場合、支給決定されませんのでご注意ください。

●添付資料

以下の書類を添付のうえご提出をお願いいたします。

	申請者	事業所担当者	添付資料	
初回のみ	●		傷病手当金請求に伴う申請報告書	
	●		傷病手当金請求に伴う負傷原因届	外傷性のケガの場合のみ
		●	勤怠台帳（写）	請求期間の勤怠
		●	賃金台帳（写）	請求期間中の報酬、控除、通勤手当を確認するため
2回目以降		●	勤怠台帳（写）	請求期間の勤怠
		●	賃金台帳（写）	請求期間中の報酬、控除、通勤手当を確認するため

内田洋行健康保険組合　御中

【初回のみ提出】傷病手当金請求(第1回目)に伴う報告書

この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしております。
※添付、記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金を支給できません。

傷病手当金の請求にあたり、現在の状況について下記の通りご報告します。

健康保険被保険者等	記号	番号	被保険者氏名	申請日
				令和　年　月　日

内田洋行健保組合に加入する**直前の健保組合**について記入して下さい	健保組合名	
	加入期間	年　月　日　～　年　月　日
※ 今迄に傷病手当金を受給したことがありますか？(以前勤めていた会社で受給していた場合も含む)		□ ある　□ ない
※で「 ある 」と答えた場合受給していた健保名を記入してください		□ 内田洋行健康保険組合 □ その他（以前加入していた健保名称を記入） ＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合 ・ 協会けんぽ＿＿＿＿＿支部
※で「 ある 」と答えた場合、受給していた期間(おおよその期間)と受給要因となった傷病名を記入してください	期間	年　月　日　～　年　月　日
	傷病名	
職場での具体的な仕事の内容を記入してください		
職務に就けなかった理由を記入してください		
申請期間中の症状等を記入してください		
日常生活状況等を記入してください		

・第三者行為や労災に該当する場合は、別途届け出が必要です。
・傷病手当金支給決定のため、当健保が担当医師等に状況を照会する場合があります。
・この調査は健康保険法第59条（文書の提出）に基づいて行っており、利用目的以外で使用することはありません。

下記【同意書】に署名をお願いいたします。

同意書

私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照会することに同意します。
本件について、貴組合に対して一切の異議・請求等申し立てをしません。
なお、本書の写しも有効とします。

令和　年　月　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

内田洋行健康保険組合　傷病手当金請求書　（第　　回目）

注1）提出締切日（健保組合必着日）は毎月末日です。記入漏れや不備があった場合は支給決定いたしませんのでご注意ください
注2）記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください
注3）【毎回添付して下さい】賃金台帳と勤務表
注4）【任意継続者、退職された方】この請求書ではなく、専用(振込口座情報等要記載)の請求書を会社(事業所担当者様)から取り寄せて下さ

令和　　年　　月　　日申請

被保険者欄

健康保険被保険者等	記号	番号	被保険者の生年月日		職場での具体的な仕事の内容を記入してください
			昭和 平成	年　月　日	
被保険者(請求者)の氏名		事業所名称		所属部署名	
被保険者(請求者)の住所	〒		日中の連絡先	自宅	
				携帯	
			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
傷病名			発病または負傷年月日	年　月　日	
			療養の給付を開始した年月日	年　月　日	
発病の状態または負傷原因を記入					
療養のため休んだ期間(申請期間)	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間		第三者行為によるものですか	□ はい　□ いいえ 「はい」の場合、健保に連絡をして下さい	
上記の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか？ または今後受けられますか？	□受けた　□今後受ける □受けない　□今後も受けない		「受けた」「今後受ける」と答えた場合、その報酬の額と基礎となる期間を記入 年　月　日 ～ 年　月　日 (　　円)		
障害年金	□受給中　□申請中(申請日　月　日)　□受給資格がない(該当しない) 年間の年金額(　　円)　受給開始日(　年　月　日)　受給要因傷病名(　　) 【添付】最新の年金証書(写し)と年金振込通知書(写し)と傷病名が確認できる障害者手帳等(写し)				
障害手当金	□受給中　□申請中(申請日　月　日)　□受給資格がない(該当しない) 年間の手当金額(　　円)　受給開始日(　年　月　日)　受給要因傷病名(　　) 【添付】最新の年金証書(写し)と年金振込通知書(写し)と傷病名が確認できる障害者手帳等(写し)				
老齢年金	□受給中　□申請中(申請日　月　日)　□受給資格がない(該当しない) 年間の年金額(　　円)　受給開始日(　年　月　日) 【添付】最新の年金証書(写し)と年金振込通知書(写し)				
労災保険休業補償給付	□手続き中である　□受給中である(令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日)　□受けていない 支給(手続き中)労働基準監督署の名称(　　)				

受取代理人欄

被保険者欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者(請求者)　氏名＿＿＿＿＿＿　住所　〒　－

事業所欄

代理人　氏名＿＿＿＿＿＿　委任者と代理人との関係＿＿＿＿＿＿

住所　〒　－　電話番号＿＿＿＿＿＿

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的にのみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

健保受付日付印

＜健保使用欄＞	
待機期間（3日間）	R　/　・　/　・　/
支給期間	R　/　から　/　日間
給与他報酬	なし・あり　R　/　から　/　まで　円
交通費	なし・あり　R　/　から　/　まで　円

事業所証明欄

記号		番号		被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日

❶ 労務に服さなかった期間　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　まで　日間

上記 ❶ の「労務に服さなかった期間」に給与・通勤・住宅手当等の支払いはありましたか

⇒（ □ はい　□ いいえ ）

➡ **※「はい」の場合は下記の太枠内を必ず記入してください**

給与の種類	月給 日給 時間給	賃金計算	締め日	日
			支払日	日

賃金支給状況		単価 無し・1ヵ月・6ヵ月 （いずれかに〇）	年 月 日から 年 月 日まで 支給額	年 月 日から 年 月 日まで 支給額	年 月 日から 年 月 日まで 支給額
	基本給	円	円	円	日間
	通勤手当	円	円	円	日間
	住宅手当	円	円	円	日間
	家族手当	円	円	円	日間
		円	円	円	日間
		円	円	円	日間

通勤手当の支給について記入してください

支給方法　（ 無し ・ 1ヶ月分 ・ 6ヶ月分 ）

□ 支給期間　～　迄

□ 休職のため　月　日から支給停止

□ 欠勤のため　月　日まで日割支給

賃金計算方法や手当等についてご記入ください

上記のとおり相違ないことを証明します

令和　年　月　日

担当者氏名

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

電話　（　）

療養担当医師意見欄

患者氏名		患者生年月日	昭和 平成　年　月　日
傷病名			
発病または負傷の年月日	年　月　日	療養の給付を開始した年月日	年　月　日
発病または負傷の原因			
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	左の期間中の入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間

上の期間中の診療実日数	日間	診療日を〇で囲んでください	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

労務不能である状況がどのようなものであるか、傷病の主状態及び経過概要について具体的に詳しく記入してください		
	この期間の身体状態	
	前回の症状との比較	
	今回の療養指導等	

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を記入して下さい		就労見込みについて	・　月　日頃から就労可能の見込み ・　現時点では不明

※人工透析を実施または人工臓器を装着したときは記入してください	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	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 オ．人工透析　カ．その他（　）

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関所在地
医療機関名称
医師の氏名

電話　（　）

※審査のため、事業主及び担当医などに連絡を取る場合があります。