

傷病手当金請求書（第 回目）

被
保
険
者
の
記
入
欄

被保険者証の記号 - 番号		被保険者氏名					事業所の名称						
—													
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)													
傷病名		発病又は負傷年月日					傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間						
		年 月 日					自 年 月 日 日間 至 年 月 日						
老齢厚生年金及び障害年金等を受給 していますか。又は予定がありますか。*		*左記に該当する場合は、支給決定通知書及び年金証書の写しの添付が必要です。											
		年金の種類			年金額			年金等受給開始年月日					
老齢厚生年金 いいえ・はい・予定 障害年金 いいえ・はい・予定					円			年 月 日					
入院・通院の別 入院 ・ 通院		上記により請求する。 年 月 日 被保険者住所											
負傷の原因は第三者行為分ですか。 いいえ ・ はい													
日本触媒健康保険組合理事長殿 氏名													

医
師
の
証
明
欄

労務不能と認めた期間		傷病名		初診日		診療実日数		
自 年 月 日 日間 至 年 月 日				年 月 日		自 年 月 日 日間 至 年 月 日		
転帰別	繰越 ・ 転医 ・ 治癒 中止 ・ 死亡		労務不能と認めた期間について、傷病の主症状及び経過を詳しく記入してください。					
就労の見込みについて（ア. 年 月 日頃から就労可能見込み イ. 現時点では不明） 上記のとおり相違ありません。								
							医療機関の所在地	
							医療機関の名称	
医師の氏名								

事
業
主
の
証
明
欄

労務に服しなかった期間		左記のとおり相違ありません。 年 月 日 事業主住所 名称 氏名				
自 年 月 日 日間 至 年 月 日						
報酬の全部又は一部を支給し 又は支給する場合						
自 年 月 日 日間 至 年 月 日 (円也)						

被
保
険
者
・
事
業
主
の
記
入
欄

委任状		退職後の請求者には 直接銀行振込します。 口座名義人（カタカナ） 銀行 支店 普通 ・ 当座 口座番号	
日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を 下記の者に委任いたします。 年 月 日 被保険者住所 氏名 上記委任を受任いたします。 被委任者住所 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿			

健
保
記
入
欄

支給開始・満了		資格取得		平均標準報酬		支給決定	
支給開始	年 月 日	年 月 日	月額	千円		年 月 日	
支給満了	年 月 日		日額	円			
支給期間		資格喪失	支給決定額		常務理事	事務長	係
自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)		年 月 日	円				

受付印

記入するときの注意事項

傷病手当金を請求する時は下記のことがらにご注意ください。

- ・記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- ・記入洩れのないよう注意してください。

被保険者が記入するところ

- ・請求書用紙の本人の記入欄と委任状の被保険者の氏名、住所等を記入してください。
- ・記号番号及現住所(何々方)は必ず正しく記入して下さい。
- ・通算日数は間違いのないようによく確かめて記入してください。

- * 老齢厚生年金等を受給している方(資格喪失後の継続給付)に対しては、所得保障という制度の趣旨から給付が重複することのなきよう傷病手当金は支給されません。
但し、支給される老齢厚生年金等の額が傷病手当金の額を下回るときは、その差額を傷病手当金として支給いたします。
- * 同一の疾病について障害年金等を受給している方(在職中も含む)は、その額が傷病手当金の額を下回るときは、その差額を傷病手当金として支給いたします。

注意

- ・年金給付を受けている方は、年金額が確認できる直近の「年金証書の写し」又は「改定通知書の写し」を添付してください。

医師が意見を書くところ

- ・あなたが受診している医療機関の担当医師に記入してもらってください。
- ・内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容と証明者の氏名(サイン)をもらってください。

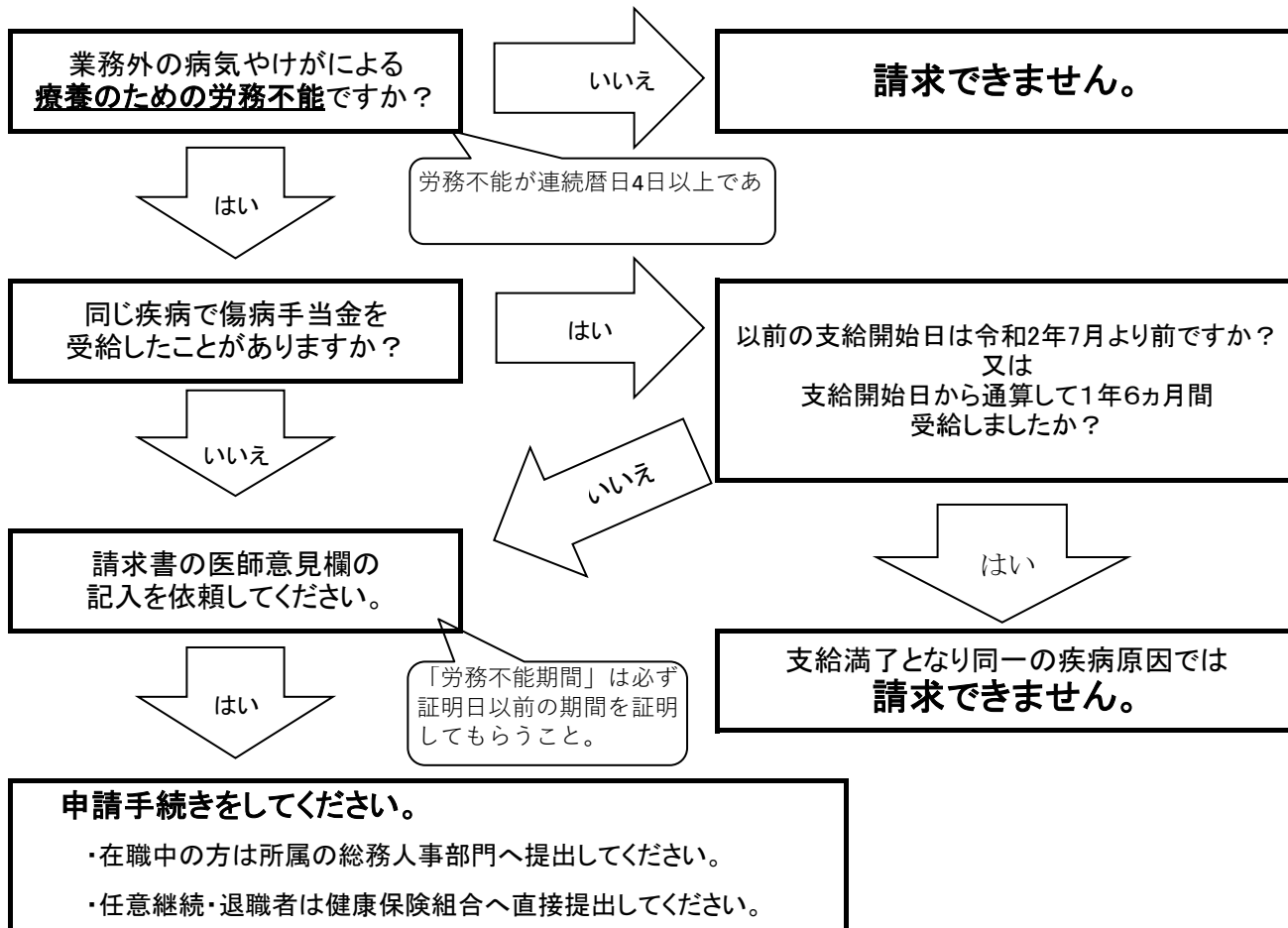
事業主が証明するところ

- ・あなたが勤務している事業所に記入してもらってください。
- ・委任状の被委任者の氏名、住所等にも記入してもらってください。
既に退職している場合は、退職日後に係る証明は必要ありません。

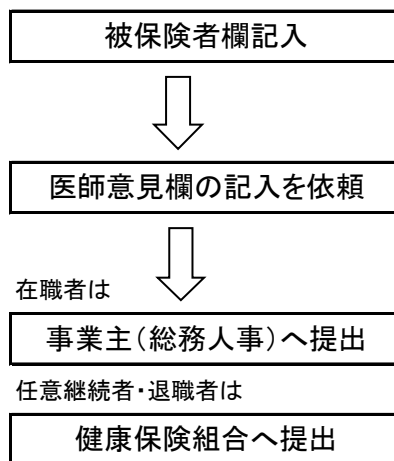
- ◆休業意見を医師に対して無理に要求してはいけません。
 - ◆受給条件……業務外(会社の仕事以外)の理由による傷病の療養のため労務に服することができないとき。
 - ◆受給開始日……労務不能の日から、かぞえて第4日目から(3日間は待期期間)受けられます。
 - ◆受給額……1日につき標準報酬日額の3分の2が受けられます。
 - ◆受給期間……同一の傷病又はこれによっておきた病気に関しては、受給開始日から通算で1年6ヶ月傷病手当金が受けられます。
 - ◆書類提出……本人記入→医師の証明→事業主の証明(任意継続被保険者は不要)→健保組合
毎月25日までに健康保険組合に届くように提出してください。
 - ◆支給日……25日までに受け付けた傷病手当金は、翌月25日に支給いたします。
 - ◆委任状……所属事業所への委任が必要ですので必ず委任状欄に記入してください。
(任意継続者の場合は記入の必要はありません。)
- * 退職後請求する場合は委任状の記入は必要ありませんが、銀行口座名を記入してください。

傷病手当金を申請される方へ

1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。



2.申請の手順



3.注意事項

- ・請求書の締め切りは毎月25日健保着です。
- ・申請された傷病手当金は当組合が受付をした翌月25日に支給しますが、健康保険法にもとづいた審査等のために日数がかかることがあります。
- ・障害年金、老齢年金を受給している、もしくはしたことがある場合は通知書の写しを添付してください（初回及び年金改定時）。
- ・健康保険法および当組合規約の支給基準を満たしていない場合は給付できません。
- ・退職者は退職時に傷病手当金を受けているか、受ける条件を満たしている場合のみ支給されます。
- ・交通事故、第三者行為、通勤途上災害、労災での申請はできません。

支給額、支給の条件、支給期間についての詳細は健保ホームページをご確認ください。