

受付年月日	年 月 日					台帳照合	
伺年月日	年 月 日						
決裁年月日	年 月 日						
支給支払決議書	支給額	円	資格取得	年 月 日			
			資格喪失	年 月 日			
	支給開始	年 月 日	標準報酬月額	千円			
			障害年金額・日額 障害手当金額	円 (日額 円)			
	支給期間	年 月 日	老齢(退職)年金額	円			
		始 終	年 月 日 年 月 日 (日間)	全部・一部 不支給	期間	年 月 日～ 日間 年 月 日迄 円	
前回	始 終	年 月 日 年 月 日	備考				

傷病手当金支給申請書

(第 回目)

3-4-5

被 保 者 が 記 入 す と こ ろ	三菱鉛筆健康保険組合 理事長殿		年 月 日届出	
	〒			
	住所 :			
	被保険者			
	氏名 :			
	電話 :			
	(日中の連絡先)			
	下記の通り申請します。			
	①被保険者証の 記号・番号	—	②生年月日	年 月 日
	③標準報酬 月額			円
④事業所の名称		⑤具体的な 仕事の内容		
⑥傷病名		⑦発病または負傷年月日	年 月 日	
⑧療養の為休んだ 期間の傷病の状態	症 状 :			
	医師の指示など :			
⑨労務に服すること ができなかった期間	年 月 日 から		日間	
	年 月 日 まで			
⑩傷病の原因		⑪第三者行為によるものですか : いいえ ・ はい		
⑫上記⑨の申請 期間に報酬を受け たとき、または今後 受けるときは、 その期間と報酬額	年 月 日 から		日間	
	年 月 日 まで			
	受けた報酬額または 今後、受ける報酬額 _____ 円			
⑬障害厚生年金 または障害手当金 について	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中(年 月頃申請) <input type="checkbox"/> 未請求		
※「障害厚生年金」「障害手当金」を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。				
⑭上記⑬で「受給中」「請求中」とされた場合の 要因となった傷病名および基礎年金番号・ 年金額について	傷 病 名	基礎年金番号	年金額(年額) 円	
⑮老齢年金 について (資格喪失者の方)	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 未請求	⑯左記⑮で「受給中」 「請求中」とされた場合の 基礎年金番号・年金額 について	基礎年金番号 年金額(年額) 円	

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	⑱ うえの期間中の分として支払う報酬関係	(ア)全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日 から 金 円 { 日額 金 } 年 月 日 まで の分として (月 日支払)
		(イ)一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日 から 金 円 { 日額 金 } 年 月 日 まで の分として (月 日支払)
		(ウ)現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	
⑲	上記の通り相違ないことを証明します。		年 月 日
	事業主	住所 氏名 電話	

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名		㉑ 発病または負傷の原因		
	㉒ 発病または負傷の年月日	年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉔ 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	㉕ 診療実日数	日間
	㉖ 傷病の主症状および経過概要		㉗ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
			入院の費用の別	健保 自費	公費 その他
㉘	上記のとおり相違ありません。		年 月 日		
	医師	住所(所在地) 医療機関名 氏名	電話		

▼在職期間の給付金は事業主経由でお支払いしますので、委任状に被保険者の氏名を記入してください。

委任状	㉙	私は、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	年 月 日
		被保険者 氏名 :	
		代理人 住所 :	
		氏名 :	印
		委任者と代理人との関係 ()	

▼給付金支払いを事業主へ委任した場合は、「振込希望の金融機関」は記入不要です。

⑳ 振込希望の金融機関	銀行 信金 農協	支店	普通 当座	口座 番号
	※ ゆうちょ銀行不可			

※記入上のご注意

傷病手当金は被保険者が業務外の病気やけがで療養のため仕事を休み、その間、給与等が支払われないとき、被保険者の生活費を保証するための保険給付になりますので、給与の締め日に合わせて申請してください。

傷病手当金支給申請書を提出後、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。その他の書類を提出していただくこともあります。

共通事項

- ・ 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所に訂正印を押してください。
- ・ ⑨、⑰、⑳、㉑の期間の計算は、両端の日を算入して計算してください。
例 6月13日から6月19日までは、7日間となります。

被保険者の方へ

- ・ ①記号・番号は保険証に記載されています。但し、申請期間が喪失後の場合は在職時の記号・番号を記入してください。
- ・ ⑤具体的な仕事の内容は、「経理部」など具体的に記入してください。
(退職後の期間を申請される場合は、在職時の仕事の内容を記入してください。)
- ・ ⑥傷病名、⑦発病または負傷年月日が分からないときは「不明」と記入してください。
- ・ ⑧療養の為休んだ期間の「症状」欄には、1回目の申請の場合は発病の状態または負傷の原因を、2回目以降の申請の場合は⑨の申請期間における傷病の状態を記入してください。
「医師の指示など」欄には、療養を担当した医師より、どのような療養指導・指示があったかを記入してください。
- ・ ⑩傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要になります。
請求前に当健康保険組合までご連絡ください。
また、労災に該当する傷病については申請できません。

【添付書類】

初回の申請で、申請期間が当組合資格取得日から1年未満の方

障害厚生年金、障害手当金の給付を受けている方

①又は②、及び③、④を添付

老齢年金の給付を受けている方

(資格喪失後に申請する場合)

年金額に変更があった場合は、「年金額改定通知書」をご提出ください。

必要に応じて別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

保険給付金の振込先について

- ・ 在職期間の給付金は事業主経由でお支払いします。
在職期間の申請の場合は、㉑の委任状は事業主を代理人とします。
給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、㉑の委任状が必要になります。
被保険者の住所、氏名を記入してください。
- ・ 退職後、資格を喪失した後の期間を申請する場合は、㉑の委任状は記入せず、㉒の振込希望の金融期間を記入してください。

事業主の方へ

- ・ ⑨の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。
- ・ ⑰の期間に報酬が支払われている場合には、⑱を記入してください。(有給休暇、通勤手当等の支給対象期間、支給額)

(ア)の「全額支給」は、報酬日額の全額を支給した場合、記入します。 ※出勤簿および賃金台帳の写しを添付
(イ)の「一部支給」は、報酬日額の一部を支給した場合、記入します。 ※出勤簿および賃金台帳の写しを添付
(ウ)は、⑰の期間で、(ア)または(イ)以外に、現在までも又、将来も支給しない旨を「支給しない」と記入してください。

- ・ ⑱は、事業主の証明です。書類作成日が証明日となります。 ※⑰の期間を過ぎてから証明してください。

【添付書類】

第1回目の申請および第2回目以降であっても、一部でも報酬の支払がある場合

申請期間が継続していない場合

申請期間にかかる「出勤簿(写)」、「賃金台帳(写)」

※欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行われた月の賃金台帳(写)が必要です。

添付していただく出勤簿(写)には、出勤・有休休暇・欠勤等、勤怠の表示が必要です。

必要に応じて別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

医師の方へ

- ・ ⑳「労務不能と認めた期間」については、治療期間でなく、当該被保険者が㉑の傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認めた場合のみ、ご記入くださいますようお願いいたします。
また、証明日以前の期間を記入してください。
- ・ ㉒は「症状の主症状及び経過概要」、「労務不能と認められた医学的な所見」をなるべく詳しく記入してください。
手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を記入してください。
- ・ 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記入してください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

傷病手当金の時効の起算日については、「労務不能であった日ごとにその翌日」となります。