健康保険　傷病手当金支給申請書（第　　回）

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✔を入れてください。	
□	A. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄　　傷病手当金3－1

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日 □ 昭和 □ 平成 年　月　日
② 被保険者の現住所	〒　－			日中連絡の取れる電話番号 TEL　（　　）
③ 個人番号（マイナンバー）	（※①欄／記号番号記入の場合は、不要です）		④ 事業所での業務内容・種類	（*退職後の請求の場合は、退職前の業務内容）
⑤ 資格取得年月日	□ 昭和 □ 平成 □令和 年　月　日		⑥ 提出委任	□本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）
⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷の年月日	□ 昭和 □ 平成 □令和 年　月　日
⑨ 発病又は負傷の原因について			⑩ 他人の行為によって発病又は負傷したものですか	□はい　□いいえ
⑪ 療養のため休んだ期間(請求期間)	（給与締切日以降にご請求ください。 / 第1回目の請求は、待期期間も含めてご記入ください。） 令和　年　月　日 から　令和　年　月　日 まで　日間			
⑫ 上記期間中における療養状況を詳しく	（病状やどのように過ごしたか、医師からの指示内容など具体的にご記入ください。）			
⑬ 上記請求期間中に報酬をうけましたか	□受けた(　年度　月分　円)　□受けていない			
⑭ 労災保険から休業補償給付を受けていますか	□はい　□いいえ　□請求中			「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署 労働基準監督署
⑮ 障害年金等を受給中の方	上記⑦により障害年金または障害手当金を受給していますか			□はい　□いいえ　□請求中
	障害年金等の受給原因となった傷病名と年金額		（傷病名） 年額　円	
⑯ 退職後（資格喪失後）の期間を請求される方	老齢年金または退職を事由とする公的年金を受給していますか			□はい　□いいえ　□請求中
	公的年金の制度名と年金額		（制度名） 年額　円	
	現在加入している	健康保険(名)	本人・家族の別	記号　番号
			本人 ・ 家族	
⑰ 介護保険法によるサービスを受けている方	（保険者番号） （保険者名称）			（被保険者番号）

⑱ 振込先指定口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合下記の欄を記入。) ※被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄（右側）」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	銀行・金庫	（店番号） （店名）　本店　支店	受取代理人の欄：本請求にもとづく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。
	預金種別	普通 ・ 当座		被保険者（請求者） （住所） （氏名）
	口座番号			被保険者と代理人との関係　配偶者・親子・その他（　）
	口座名義	（カタカナでご記入ください）		代理人（口座名義人） （住所） （氏名）

[注意事項]

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者のサイン（氏名:フルネーム）をご記入ください。

※傷病手当金意見書交付料を支払った医療機関発行の領収書を添付してください。（コピー可）

東京不動産業健康保険組合

事業主証明欄

傷病手当金3－2

①被保険者の	記号	番号	氏名

②労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間
【出勤は○】、【有給は△】、【公休は■】、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。	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

③ 上記②欄の期間に対して、賃金を支給をした（ □はい　□いいえ）。また、支給日以降、追って、支給するものが（ □ある　□ない）

④報酬について				
	賃金計算締日及び支払日	（締日）　日 ／ （支払日） □当月 ・ □翌月　日		
	給与の種類	□月給　□日給　□日給月給　□時間給（　円）		
	所定休日	□毎週（　曜日）　□隔週（　曜日）　□不定期		
	欠勤控除の有無	□あり □なし	欠勤控除の算出式	
	控除額	Ⓐ 一日当たりの控除額　円	Ⓑ 欠勤日数　日	Ⓐ×Ⓑ＝控除額　円 （　年　月分にて控除）
	通勤手当（支給内訳）	【原則】：□（　ヶ月分）前払い　□当月払い　□前月払い　□翌月払い　□なし		
		・（　）日分　（　）円（日額　円）　支給		
		・　月　日 ～ 月　日 まで、（　）ヵ月分　円支給（　月給与で支給）		
		＊精算がある場合は	年　月分給与で（　）ヵ月（　）日分控除	
		精算額算出式		

⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。

担当者氏名	

（＊上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明をお願いします。）

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名

事業主氏名

TEL　（　）

[注意事項]

- 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に事業主のサイン（氏名:フルネーム）をご記入ください。
- 1回目及び請求期間に係る賃金締切日までに賃金の支払いがある場合は、必ず出勤簿(タイムカード)・賃金台帳の写しを添付してください。
- 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。
- 被保険者資格喪失後の請求期間分の申請は、事業主証明は必要ありません。

東京不動産業健康保険組合

医師意見欄

患者氏名	

傷病手当金3－3

① 傷病名	(1) (2) (3)	② 療養の給付を開始した年月日	(1) (2) (3)
③ 発症または負傷の原因		④ 発症または負傷の年月日	□平成 □令和 年 月 日
⑤ 労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		

⑥ 上記⑤期間中の診療日（＊外来の場合、診療日を○で囲んでください。）	入院	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	外来 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	
	外来 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	
	外来 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	
		（診療実日数） 日 ・ （最終診療日） 令和 年 月 日	

⑦ 上記期間中における主たる症状及び経過等、できるだけ詳しくご記入ください。

・傷病の状態

・前月の症状との比較

・治療状況、療養指導等

・症状の経過からみて、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

・「治療終了見込み期間」 □（ 令和 年 月頃） □ 現段階では未定

⑧ 医学的見地から、就労可能時期について

□（ 令和 年 月頃） □ 現段階では未定

（その理由）

人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき

実施または装着日	人工臓器等の種類
□平成 □令和 年 月 日	ア、 人工透析 イ、 人工膀胱 ウ、 人工関節 エ、 人工肛門 オ、 心臓ペースメーカー カ、 人工骨頭 キ、 その他（ ）

⑨上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

※上記⑤欄の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。

医療機関の所在地

医療機関名

医師氏名

TEL （ ）

[注意事項]

- **記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に医師のサイン（氏名:フルネーム）をご記入ください。**
- 内容審査に必要と判断した場合は、後日、文書にて照会させていただくことがあります。
- 上記内容が網羅されていれば、医療機関で作成された書式を添付していただいてもかまいません。
- 複数の傷病名がある場合は、傷病名上記①欄に主たる病名を順次ご記入ください。
- 上記②欄は初診日を記入するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日をご記入ください。

東京不動産業健康保険組合

提出前の留意事項

1. 傷病手当金は被保険者が業務外の病気やケガの治療のため仕事に就けず賃金が支払われないとき、生活保障給付として申請することができる給付金です。
   以下の①～④全ての受給要件を満たす必要があります。（再掲）
   ① 病気・けがのための療養中のとき(業務上・通勤途上・第三者による行為が原因の場合を除く)
   ② 療養のために仕事につけなかったとき
   ③ 連続して３日以上仕事につけなかったとき(休業４日目から支給)
   ④ 給与等がもらえないとき

2. 支給期間について
   同一または関連の傷病について、支給開始日から１年６か月の日数分までとなります。なお、中途入社の方で他の社会保険で同一または関連の傷病で給付を受けていたときは、その支給期間が引き継がれます。

3. 支給額と支給調整について
   支給額は休業 1 日につき「支給開始月を含む直近１２ヵ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の３０分の１」相当額の３分の２です。休業中に有給休暇を取得し会社から賃金の支払があるときは、報酬額が傷病手当金の額を下回るときにその差額が支給されます。障害厚生年金、老齢退職年金等、他制度において生活保障給付を受けている場合も同様となります。

4. 内容審査について
   申請書が到着したのち、支給可否について健康保険法に基づき内容審査（※）を行います。
   （※）疾病・負傷の症状、医療機関への受診(投薬)状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者・医師等へ照会させていただき、支給可否について適正に判断を行います。場合により審査に時間がかかることがあります。 医師の意見書を参考に当組合が認めた場合に支給されますので、申請書を提出されても支給について妥当ではないと判断した場合は支給されません。

5. 正しい療養について**(重要)**
   傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付(医療機関での治療・投薬等)を行い、療養に専念した上で病気やけがを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であるため、医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診すること、医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する等が重要と考えられております。

6. 健康保険法の参考条文を踏まえて
   健康保険法第 99 条では、傷病手当金の支給額、及び支給期間について規定されていますが、その要旨としては疾病、または負傷に対する療養の給付あるいは療養費の支給等の保険給付により労働力の早期回復を計ることをその主目的のひとつとしていることから、正当な理由もなく自己判断で受診を中断したり、処方箋が交付されているにもかかわらず服薬しない等の場合は、正しい療養をされていないと判断され、傷病手当金が支給されないことがありますのでご注意ください。

傷病手当金支給申請書提出前のチェックシート（＊このシートの提出は不要です）

下記チェックシートを参考に提出時、改めて見直しを行いご提出ください。

注１下記すべての項目を満たしていても内容等によっては、返戻等になる場合がございますので予めご注意ください。

注２また、記入漏れ、添付書類の不足があると内容審査に時間がかかり、支給の遅延、申請書を返却することになりますのでご注意ください。また、「医師意見欄」（3-3）に不備等がある場合は、追記、訂正等を担当医師に依頼してからご提出ください。

【被保険者の方の記載分】

チェック	被保険者記入欄（3-1）等
	①欄 健康保険（「資格確認書」「健康保険証」）の記号・番号を正しく記入していますか？（＊退職後の申請または任意継続中の申請の場合は在職時の記号・番号を記入してください。）
	④欄「事業所での業務内容・種類」を記入していますか？
	⑧欄「発病または負傷の年月日」を記入していますか？
	⑨欄「発病または負傷の原因について」記入もれはありませんか？ケガ等の場合は「負傷原因届」を添付してください。原因が業務や通勤に起因している場合、原則、労災保険の給付対象となります。労災保険の給付に該当するか分らない場合は労働基準監督署へご相談ください。
	⑩欄「他人の行為によって～」が「☑はい」の場合、事前に医療給付課（03-3343-2805）までご連絡ください。
	⑫欄「上記期間中における療養状況を詳しく」に症状や医師からの指示内容など具体的に記入しましたか？
	⑱欄　振込先指定口座を正しく記入していますか？被保険者以外の口座を指定する場合、「受取代理人の欄」に記入が必要です。
	少なくとも月に 1 回以上医療機関等を受診をしていますか？受診がない場合、被保険者及び医師に照会させていただく場合があり、支給可否の決定に時間がかかります。
	処方箋が出た時は処方薬を受け取っていますか？薬局からのレセプト（調剤報酬明細書）で確認できない場合、被保険者及び医師に照会させていただく場合があり、支給可否の決定に時間がかかります。
	記入誤りを訂正した場合は、訂正箇所の近くに被保険者のサイン（フルネーム）が記入されていますか？
	傷病手当金意見書交付料を支払った医療機関発行の領収書（写し）を添付しましたか？
	当組合の資格を取得してから１年未満で請求される場合、「加入記録調査書/同意書」を添付していますか？
チェック	医師意見欄（3-3）【担当医師の記載分】
	⑤欄「労務不能と認めた期間」は②欄の「療養の給付を開始した年月日」以降の期間ですか？以前の場合は医師に期間を遡及した詳しい理由を用紙の余白に記入するよう依頼してください。
	⑨欄　証明日は⑤欄の「労務不能と認めた期間」以降の日付になっていますか？
	記入誤りを訂正した場合は、訂正箇所の近くに医師のサイン（フルネーム）が記入されていますか？

【事業主の方の記載分】（「事業主証明欄」（3-2）について）

被保険者から傷病手当金支給申請書の提出がありましたら下記チェック項目に基づき、記入漏れや添付書類の不足がないか確認をお願いします。また、被保険者記入欄（3-1）・医師意見欄（3-3）の再確認もあわせてお願いいたします。

チェック	事業主証明欄(3-2)
	③欄 賃金支給についてチェックボックスに記入していますか？
	④欄「報酬について」の通勤手当の欄に記入していますか？精算をしている場合は詳しい算出式を記入してください。
	⑤欄 証明日が「労務に服さなかった期間」の賃金計算締切日以降の日付になっていますか？
	賃金の締日単位で締日以降に出力した出勤簿・賃金台帳を添付していますか？（2 回目以降の請求で賃金等支払いがない場合は不要です）。また、通勤手当支給時の賃金台帳を添付していますか？
	記入誤りを訂正した場合は、訂正箇所の近くに事業主のサイン（フルネーム）が記入されていますか？

東京不動産業健康保険組合　医療給付課　03-3343-2805