

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？
	⑬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ます、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ます、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？