

被保険者が死亡したときの記入例

被保険者が死亡後、法定相続人より（優先順位者から）申請する場合は、下記の要領で記入してください。

(注)・記入の際は、ホームページの「**病気やケガで働けないとき**」も併せてご参照ください。

- ・1ページ目の「被保険者が記入するところ」「支払希望の銀行」欄を記入の上、2ページ目の「療養担当が意見を記入するところ」に証明を受けて、**会社経由**で申請してください。

健康保険傷病手当金申請書 (第 回)

| | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|-------------------------------------|---|-----|----|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ①被保険者証の 記号と番号 | (記号) 55 | (番号) 333 | ②被保険者(申請者)の 氏名・生年月日 | 健康 花子 (被保険者名: 健康 三郎) 昭和・平成 57 年 11 月 20 日 | | |
| | ③被保険者 (申請者)の住所 | 〒000-0000 大阪市中央区北浜... | | ④事業所名 | 株式会社〇〇〇〇 営業 | | |
| | ⑤傷病名 | 胃癌 | | ⑥発病または 負傷年月日 | 平成(令和) 2 年 1 月 16 日頃 | | |
| | ⑦発病または負傷の 原因・状況を詳しく | 不詳 | | ⑧労災に該当されますか | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 申請予定 | | |
| | ⑨けがをした場合の 原因であてはまる ものはありますか | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> あてはまらない | | ⑩第三者によるものですか | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい | | |
| | ⑪療養の為休んだ期間 (申請期間) | 令和 3 年 5 月 1 日から | 31日間 | 左記の期間の報酬は | <input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後 受ける <input type="checkbox"/> 今後 受けない | | |
| | ⑫療養の為休んだ期間 の傷病の状態を詳しく | 入院、抗がん剤治療等 | | | | | |
| | ⑬障害年金 または 「老齢年金」につ いて | ※必ず下記のいずれかにチェックしてください <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 未請求 | | 障害年金受給の要因 となった傷病名 | | | |
| | ⑭【障害厚生年金】 【老齢年金】につ いて | ※【障害厚生年金】【老齢年金】について受給中の場合は「年金証書 (写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 | | ⑮出産予定日 (申請者が女性の場合のみ記 入してください) | 令和 年 月 日 | | |
| | *記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は②の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください | | | | | | |
| 支 払 希 望 の 銀 行 | 必ずご記入ください | | | | | | |
| | 銀行 コード (4ケタ) | 5678 | 〇〇 | 銀行 信用金庫 農協 | 支店 コード (3ケタ) | 123 | 〇〇 |
| 口座 番号 | ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします | | カタカナで記入してください | | | | |
| 口座 名義 | ケンコウ ハナコ | | | | | | |
| ※被保険者以外の口座をご希望の場合は「受取代理人の欄」にもそれぞれ記入が必要です | | | | | | | |
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 | | | | | | |
| | 住所 被保険者 氏名 | | | | | | |
| 住所 代理人 氏名 | | | | | | | |
| 住商連合健康保険組合 | | | | | | | |

保険証に記入されている記号・番号を記入してください

②・③は、申請者(相続人)の氏名・住所を記入してください
申請者(相続人)の氏名の下に被保険者名も記入してください
なお、生年月日は「被保険者」のものを記入してください

⑧⑨⑬欄のチェック洩れに注意してください(必ずいずれかに印をつけてください)
けがの場合は⑩欄にもチェックしてください

申請者(相続人)名義の振込口座を記入してください

「受取代理人の欄」は記入しないでください。(この欄は、被保険者をご存命中に受取を代理人に委任される場合に記入いただく欄になります)

【添付書類】

以下の場合には添付書類が必要となります。

- 相続人が当健康保険組合の被扶養者として認定されていない方からの申請の場合

添付書類⇒**戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できる書類)**

但し、埋葬料等のご申請時に原本を提出済の場合は、添付不要です。

- 被保険者期間(被保険者の当健康保険組合での加入期間)が1年未満での申請の場合

添付書類⇒**同意書(第1回申請時のみ添付。用紙はホームページよりダウンロードできます)**

※同意書は前加入保険への資格、給付状況照会のため必要となります。なお、この照会のため支払には少し時間がかかります。

- 第三者による傷病の場合

添付書類⇒「**第三者行為による傷病届**」(用紙はホームページよりダウンロードできます)

※第三者に対し休業補償がある場合は、当組合から傷病手当金のお支払はできません。

- 被保険者が「障害厚生年金」「老齢年金」受給中であった場合

添付書類⇒「**年金証書**」「**年金振込通知書**」の写し

また、年金受給額に変更がある場合は、**受給額の変更がわかる書類の写し**を提出してください。

◎労務に服することができなかった期間を含む出勤簿(タイムカード)写と賃金台帳の写を必ず添付してください
 ▼この欄の訂正は、訂正箇所を赤の二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を赤文字で記入してください

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|--|
| 事業主が証明するところ | ①労務に服できなかった期間 | 令和 3 年 5 月 1 日から 31 日間 令和 3 年 5 月 31 日まで | ◎被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは証明を行う必要はありません。 | |
| | ②所定休日(該当曜日に○) | 月 火 水 木 金 土 日 | シフト制のため不定期(不定期の場合は出勤簿【写】に所定休日がわかるように記入してください) | |
| | ③復職状況 | 復職の場合[令和 年 月 日 復職・復職予定] | 未復職 | |
| | ④①の期間に対して報酬(基本給、通勤手当等)を支給しました(しました)か? | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | ⑤給与の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 |
| | ⑥給与締日と支給日 | 締日 末日 | 支給日 | <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 20日 |
| | ▲欠勤控除や通勤手当の精算により①の期間に対し支給した報酬がない場合、④欄は「いいえ」をチェックしてください | | | |
| | 給与項目 | 給与の基礎となる期間 | ※支給日 | |
| | 基本給 | / ~ / | | |
| | 手当 | / ~ / | | |
| | 通勤手当 | ①の期間に対し通勤手当を支給した場合は、右欄に期間と金額を記入してください。 | R 年 月 日 ~ R 年 月 日 | 円 |
| 通勤手当精算 | 精算した場合は右欄に精算した期間、金額を記入してください。(月単位で精算の場合は解約日からではなく実際に払い戻した期間を記入してください) | R 年 月 日 ~ R 年 月 日 | 円 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明いたします | | | | |
| 令和 3 年 6 月 30 日 | | 住所 大阪市... | 担当者氏名 | |
| 事業所 名称 株式会社〇〇〇〇 | | 氏名 ▲▲▲ | | |

「事業主が証明する欄」は、お勤め先の会社で記入してもらってください。

▼この欄の訂正は、訂正箇所を赤の二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を赤文字で記入してください

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 療養担当者が意見を記入するところ | 患者氏名 | 健康 三郎 | 療養の給付開始年月日(初診日) | (1)平成・令和 3 年 5 月 3 日 (2)平成・令和 年 月 日 |
| | 傷病名 | (1) 胃癌 (2) | 初診日以前に労務不能期間と認めた場合は、下記の①の欄に詳細を記入してください | |
| | 発病または負傷の年月日 | 平成・令和 2 年 1 月 16 日 | 発病負傷 | |
| | 労務不能と認めた期間 | 令和 3 年 5 月 1 日から 31 日間 令和 3 年 5 月 31 日まで | 発病または負傷の原因 | 不詳 |
| | 上記のうち入院期間 | 令和 3 年 令和 3 年 | | |
| | 診療実日数 | 31 日 | 診療圏 | 上 転医 25 26 27 28 29 30 31 25 26 27 28 29 30 31 |
| | ①労務不能期間中における「主(診療実日数が0日の場合、受診 | | | |
| | ②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 | | | |
| | ・投薬の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり(20 日分) <input type="checkbox"/> なし ・通院指導の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり(回) <input type="checkbox"/> なし(理由) | | | |
| | 障害年金診断書について | 診断書の記載 | あり・なし | 受診状況等説明書の記載 |
| ※労務不能と認めた期間が経過した後に証明をしてください(先付け証明は受付できません) | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明いたします。 | | 令和 3 年 6 月 15 日 | | |
| 医療機関の所在地 大阪市... | | | | |
| 医療機関の名称 ▲▲▲病院 | | | | |
| 医師の氏名 ●●●● | | 電話 ●●● (●●) ●●●● | | |

「療養担当が意見を記入するところ」は、受診された医療機関で記入してもらってください。(ご提出前に記入もれがないかご確認の上、申請してください)