

被保険者 記入例

(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**。(但し、退職後の継続給付を受給される場合は、退職後の申請期間分より当健康保険組合へ直接送付ください)

健康保険傷病手当金申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 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 三郎 昭和・平成 55 年 10 月 23 日	
	③被保険者 (申請者)の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市中央区北浜・・・ 電話 06 (〇〇〇〇) ××××		④事業所名	株式会社〇〇〇〇	業務の種類 営業
	⑤傷病名	うつ病		⑥発病または 負傷年月日	平成・令和 3 年 5 月 1 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第三者によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
	⑩けがをした場合の 原因であってはまる 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		上記ではいと答えた場合は、初回申請 時のみ「第三者行為による傷病届」 の提出が必要になります。		
	⑪療養の為休んだ期間 (申請期間)	令和 3 年 5 月 3 日から 令和 3 年 5 月 31 日まで	29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 <input type="checkbox"/> 今後も 受ける <input type="checkbox"/> 受けない	令和 3 年 5 月 3 日 から 令和 3 年 5 月 31 日 まで	29日分 69,355円
	⑫療養の為休んだ期間 の傷病の状態を詳しく	不安や倦怠感・動機などの症状が続いた				
	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 受給中・請求中の場合は下記どちらかに○をじせください 年金の種類：障害年金 老齢年金		障害年金受給の要因 となった傷病名		
	※[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。	⑭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		

保険証に記入されている記号・番号を
記入してください

※退職後、当健康保険組合の任意継続保険
に加入された場合は、退職後の申請分よ
り新たな記号番号(9000-〇〇〇〇)を
記入してください。

任意継続保険に加入されていない方は、
退職時の記号・番号を記入してください
(退職時の記号・番号がお分かりになら
ない場合は、事業所名のみ記入してくだ
さい)

⚠療養の為休んだ期間(申請期間)が、
療養担当の意見欄の「労務不能と認め
た期間」と相違ある場合は、療養担当が
労務不能と証明されている期間が支給
対象期間になります

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
ェックをしてください

※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

必ずご記入ください

⑮支払希望の銀行 銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店 当座 (○をつけてください)
口座 番号	9	8	7	6	5	4	3
カ タ カ ナ で 記 入 し て く だ さ い							
ケンコウ サブロウ							

※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

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

受付日付印

住商連合健康保険組合

【添付書類】

以下の場合には添付書類が必要となります。

●被保険者期間(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。

●「障害厚生年金」「老齢年金」受給の場合

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	①労務に服できなかった期間	令和 3 年 5 月 3 日から 29 日まで		
	②所定休日(該当曜日に○)	月 火 水 木 金 土 日 祝		
	③復職状況	復職の場合[令和 3 年 7 月 1 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(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input 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	
	⑦給与締日	締日	末日	
	⑧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	労務に服できなかった期間に記入してください		
	給与項目	給与の基本となる期間	金額の計算根拠、欠損額を記入してください	※支給日
	基本給	5/1~5/31	3,355円	
住宅手当	5/1~5/31	5/3~5/5分(不支給)		
手当	/ ~ /	円		
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 3 年 4 月 1 日 ~ R 3 年 6 月 30 日	150,000 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 3 年 5 月 1 日 ~ R 3 年 6 月 30 日	98,500 円	
この欄	上記のとおり相違ないことを証明いたします		担当者氏名	
る	令和 3 年 6 月 5 日	住所 大阪市・・・ 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	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	
	傷病名	(1) うつ病		(2) 平成・令和 年 月 日		
	発病または負傷の年月日	平成・令和 3 年 5 月 1 日 発病		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		
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 3 年 5 月 31 日				
	上記のうち入院期間	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 3 年 5 月 31 日				
	診療実日数	2 日	診療回数			
	①労務不能期間中における「主が(診療実日数が0日の場合、受診を	抑うつ状態、集中力の低下、不眠などの症状あり				
	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	上記症状が強く、就労は困難と考えられたため				
	・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(2 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	あり・なし	
この欄	上記のとおり相違ないことを証明いたします。		令和 3 年 5 月 31 日			
る	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)