

傷病手当金支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎療養のために休業した期間（土日祝日等の公休日を含む。）を記入してください。

休業した年月を記入し、休業した日を○で囲んでください。

◎「休業期間」中に事業主から支給された報酬とその期間を記入してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合 傷病手当金支給申請書

提出区分 1 申請者から直接 2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目 (第 回)

被保険者証記号・番号	71-1505	440	氏名	竹田 誠
住所	〒140-5000 東京都文京区大塚2-3-1			
電話番号	(03) 9876-5432			
申請年月日	平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日	事業所名	ハ重洲建設株式会社	
申請者区分	<input checked="" type="radio"/> 1 組合員 <small>次の「申請者」欄は記入不要です。</small> <input type="radio"/> 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） <small>次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。</small>			
申請者	氏名	〒	組合員との続柄	
組合員が申請者の場合は、記入不要です。	住所			
	電話番号		1 自宅・2 携帯・3 その他	

○ 申請内容に関する項目

退職年月日（退職者の場合）	平成 年 月 日	最終稼働年月日（第二種の場合）	平成 年 月 日
発病又は負傷年月日	平成 △△ 年 9 月 10 日	負傷の原因	
休業期間	平成 △△ 年 9 月	<input checked="" type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/> 25 <input type="radio"/> 26 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/> 28 <input type="radio"/> 29 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 31	
休業期間中に事業主から支給された報酬額及び期間	平成 △△ 年 9 月 1 日から平成 △△ 年 9 月 30 日まで の分として 255,000 円	傷病手当金を請求する期間及び日数	平成 △△ 年 9 月 13 日から平成 △△ 年 9 月 30 日まで 18 日間
介護保険者名等 <small>休業期間中に、介護保険法によるサービスを受けた場合に記入してください。</small>	保険者名（保険者番号）	被保険者番号	

○ 年金等の受給の有無

種類	受給の有無		支給事由となった傷病名
障害厚生年金	1 受給有	<input checked="" type="radio"/> 2 受給無	受給有の場合、年金証書（裁定通知書）の写（年金額が変更されたときは支給額変更通知書の写）を添付してください。
障害基礎年金	1 受給有	<input checked="" type="radio"/> 2 受給無	
障害手当金	1 受給有	<input checked="" type="radio"/> 2 受給無	
老齢又は退職を支給事由とした公的年金	1 受給有	<input checked="" type="radio"/> 2 受給無	

○ 受領方法、振込先等

この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。

① 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。）

② 次の代理人に受領を委任します。次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。

受領方法	平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日	組合員 氏名	竹田 誠
代理人	ハ重洲建設株式会社	住所	〒 -
事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。（押印不要）	取締役社長 夏川 一郎	電話番号	() -
申請者との関係		1 自宅・2 携帯・3 その他	

○ 振込先

金融機関名称	支店名称	コード
預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)
1 普通（総含を含む）・2 当座	()	()

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎「待期」（別紙「支給要件について」欄を参照）等を勘案のうえ記入してください。

◎各種年金等の受給の有無についてご記入のうえ、受給有の場合、（障害厚生年金等の場合は傷病名をご記入のうえ、）年金証書の写を添付してください。

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、
 ① 「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
 ② 代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 添付書類について

ア 別紙に次のとおり証明を受けて添付してください。

- ・ 休業期間及び報酬の有無について、別紙上部の「勤務状況等についての事業主の証明書」欄に事業主の証明を受けてください。（出勤簿の写を添付してください。また、退職後の傷病手当金の支給申請を行われる場合は、「勤務状況等についての事業主の証明書」欄は記入不要です。）
- ・ 療養のため業務に従事することができなかつたことを立証する書類として、別紙下部の「診療担当医師の意見書」欄に診療担当医師の証明を受けてください。

イ けがにより療養を受けて申請される場合は、けがの原因、状況等を確認させていただく必要がありますので、「組合員負傷届」を添付してください。（「組合員負傷届」は組合ホームページからダウンロードしていただくか、給付事務センターにお問い合わせください。）

◎ 2 か月（分の賃金計算月）以上にわたって傷病手当金の支給を受けようとする場合、この申請書は1か月ごとに分けて提出してください。

○ 支給要件等については、別紙をご覧ください。

傷病手当金支給申請書の記入例（別紙）

勤務状況等についての事業主の証明書

◎事業主に記入を依頼してください。

出勤簿の写を添付してください。
また、退職後の傷病手当金の支給申請の場合は空欄で提出してください。

◎休業期間を含む賃金計算期間における賃金の支給状況について記入してください。

休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は、合計欄に0と記載してください。
また、賃金台帳の写を添付される場合、この欄は記入不要です。

勤務状況	平成△△年 9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数：7日)	
		出	→	公	→	出	→	→	→	公	→	欠	→	→	→	→	31	(有給日数：0日)
	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数： 日)	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(有給日数： 日)
給与体系	月給	日給		賃金締日		日												
上記休業期間を含む賃金計算期間に支給された賃金の内訳 休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は、合計欄に0と記載してください。 また、賃金台帳の写を添付される場合、この欄は記入不要です。	期間	9月 1日～		月 日～		月 日～		休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法										
	手当の名称	金額		金額		金額												
	給料	235,000円		円		円		基本給 30万円										
	通勤手当	20,000円		円		円		1日当たり賃金 30万円÷30日 = 1万円										
		円		円		円		出勤控除(13日分) 1万円×50%×13日 = 6万5千円										
		円		円		円												
	合計	255,000円		円		円												
組合員氏名	竹田 誠																	
	の勤務状況等について、上記のとおり相違ないことを証明します。																	
平成 △△年 △△月△△日	所在地		東京都千代田区根田町1-1															
	事業所		ハ重洲建設株式会社															
	事業主氏名		取締役社長 夏川一郎															
	事業主印																	

◎休業期間を含む賃金計算期間について、出勤した場合は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。

◎給与の種類について、該当するものを○で囲んでください。

◎休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法を記入してください。

(注) 出勤簿の写を添付してください。なお、退職後の期間に係る傷病手当金の支給申請が行われる場合は、この証明書欄は記入不要です。

◎医師に記入を依頼してください。

診療担当医師の意見書

患者氏名	竹田 誠		生年月日	昭和 41年 1月 31日													
傷病名	急性虫垂炎		診療開始年月日	平成 △△年 9月 10日													
			発病又は負傷の原因	転帰 治療・中止・繰越・転医													
診療実日数	平成 △△年 9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	(計 12日)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
診療日を○で囲んでください。	平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	(計 日)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
就労不能と認められた期間(入院期間)	平成 △△年 9月 10日から平成 △△年 9月 30日まで 21日間 (平成 △△年 9月 10日から平成 △△年 9月 19日まで 10日間)																
主たる症状及び経過、治療内容、検査結果等	9月10日虫垂切除術を実施。経過良好のため 9月19日退院する。以後2週間程度の加療を要した。																
就労不能と認められた医学的所見	術後、傷口の安定のための安静が必要のため就労不能と判断した。																
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成 年 月 日															
	人工臓器等の種類	ア 人工肛門 イ 人工関節 ウ 人工骨頭 エ 心臓ペースメーカー オ 人工透析 カ その他 ()															
上記のとおり、療養のため業務に従事できなかったことを認めます。																	
平成 △△年 △△月△△日	所在地		東京都中央区京橋1-6														
	医師		医療機関等 京橋中央病院 氏名 外科部長 菊池達雄 電話番号 (03) 5778 - 7799														
	担当医師印																

◎診療年月及び診療実日数をご記入のうえ、診療日を○で囲んでください。

◎治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。
また、下欄の日付(証明年月日)より前の期間を記入してください。

◎左記の傷病の診療開始年月日を記入してください。

◎できる限り詳しく記入してください。

◎ 支給要件について

- ・組合員が病気やけがのため、今まで従事していた仕事が全くできず、休業していること。
 - ・待期(療養のため仕事を休み始めた日から連続した3日間の期間)が完成していること。
 - ・休業している期間に給料の支払いがないこと。
- ただし、給料が支払われていても、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額を支給します。

○ 出産手当金との調整について

傷病手当金は、出産手当金の支給を受けているときは、その期間は支給しません。
ただし、出産手当金の日額が傷病手当金の日額に満たないときはその差額を支給します。

○ 厚生年金保険法による障害厚生年金との調整について

傷病手当金は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関し、厚生年金保険法による障害厚生年金又は障害手当金を受けているときは支給しません。

ただし、障害厚生年金の額（同一の理由で国民年金法による障害基礎年金の支給を受けているときは、それを合算した額（以下、「障害年金の額」という。）ただし、出産手当金の支給を受けることができる場合は、出産手当金と障害年金の額のいずれが多い額）を 360 で除した額が、傷病手当金の日額に満たないときは、その差額を支給します。また、障害手当金の支給を受けることができる場合は、その日以後算定する傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達するまでの間は、傷病手当金は支給しません。

※傷病手当金と障害厚生年金等との併給調整が生じる場合は、具体例をもって給付事務センターあてお問合せください。

○ 資格喪失後の支給要件（厚生年金保険法等による老齢又は退職を事由とする年金との調整について）

第一種組合員の場合、被保険者資格を喪失した日前継続して 1 年以上被保険者であった者が、その被保険者資格を喪失した際に傷病手当金の支給を受けているときは、資格喪失後も引き続き傷病手当金を支給します。（第二種組合員の資格喪失後の支給要件については、給付事務センターにお問い合わせください。）

なお、厚生年金保険法等による老齢又は退職を事由とする年金の支給を受ける場合は支給しません。ただし、支給を受けることができるその年金の額（その年金の給付が 2 つ以上の場合はそれらの合算額）を 360 で除した額が、傷病手当金の日額に満たないときは、その差額を支給します。