

《傷病手当金申請の際の留意点》

この申請書は、病気やけがのため労務不能となり、療養のため連続して4日以上仕事につくことができず、給料(報酬)の支払がないときに請求する書類です。

■申請書の提出について

○在職中の方(在職期間中の申請をする方)

「被保険者が記入するところ」および「療養を担当した医師が記入するところ」が記載された申請書に、「事業主が証明するところ」の証明を事業所で受けた上で、事業所を経由して提出してください。

○退職後の期間を申請する方 (注:退職後の給付を受けることができる方)

「被保険者が記入するところ」および「療養を担当した医師が記入するところ」が記載された申請書を直接、健康保険組合に提出してください。

■注意事項

○申請書について

- * この申請書は3枚すべてを提出してください。
- * 第一回の申請をする方で、申請期間の初日から遡って2年以内に当組合の資格を取得した方は、「調査票」の添付が必要となります。
- * 記入日・証明日(「被保険者が記入するところ」同意書日付、「事業主が証明するところ」証明日、「療養を担当した医師が記入するところ」証明日)が申請期間以前または期間中のものは受付できません。
- * 「療養を担当した医師が記入するところ」に代えて診断書等で申請することはできません。

1. [被保険者]

- * 外傷による場合は別途「傷病事故発生経過報告書」をご提出いただくことがあります。
- * 資格喪失後継続療養受給者で、雇用保険の受給申請またはすでに給付金を受給している場合は、支給の対象となりません。
- * 必要に応じて、健康保険組合から追加で書類の提出を依頼することがあります。

2. [事業主]

- * 第一回目の申請の場合は、その申請の期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。
- * 第二回目以降の申請の場合に、報酬が発生した場合はその申請の期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。
- * 交通費等で申請期間にかかわる支払いが申請期間より前にされた場合は、その支払月の賃金台帳の写しもあわせて添付してください。
(例) 申請期間：○年7月1日～7月31日 交通費(6か月分)支払：○年4月
… 7月分の賃金台帳の写しのほかに、4月分の賃金台帳の写しも添付してください。
- * 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請については、事業主の証明は必要ありません。

3. [医師]

- * 「主たる症状及び経過」並びに「労務不能と認めた医学的な所見・理由」については、詳しく記入してください。
特に手術をした場合は、手術の名称と手術の年月日まで記入してください。

健康保険傷病手当金・傷病手当金付加金申請書（第 回）

1/3

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号に代えてマイ ナンバーで申請する場合										
	事業所の名称													
	氏 名							生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日					
	住 所	〒 ー						都・道 府・県						
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	ー ー												
振込先	金融機関名称	(銀行コード:) 銀行・金庫・信組 () 農協・その他()						預 金 種 別	普通 ・ 当座 ・ その他()					
		(店 番:) 支店・本店・出張所 () その他()						口 座 番 号						
	口 座 名 義 (銀行の登録通りにご記入ください)							口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人					
委任状	口座名義が代理人の場合 にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日											
			住 所											
		代 理 人 (口座名義人)	氏 名											
			住 所											
事業所名 (申請者名)														
申請内容	傷 病 名	1)						発病または負傷の 年月日	1)平成・令和 年 月 日					
		2)							2)平成・令和 年 月 日					
	発病または負傷の原因 (詳しくご記入ください)		* 仕事中、通勤途上、交通事故、第三者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。											
	仕事の内容 (具体的に)		* 退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。											
	療養のために休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで						この期間に報酬を受け ましたか または今 後受けられますか	はい いいえ					
	障害厚生年金または障害 手当金を受給していますか	はい 請求中 いいえ	→	「はい」「請求中」 の場合			傷病名	年金額			円			
	「退職された方」 老齢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 請求中 いいえ	→	「はい」「請求中」 の場合			年金額	円						
	* 年金を受給の方は年金決定通知書・年金振込通知書両面の写しを添付してください。 (請求中の方は届き次第ご提出ください。)													
	労働災害(通勤・業務中に発 生した傷病)に該当しますか	はい いいえ	→	「はい」の場合 労働災害保険の請 求をしていますか			はい (労災支給決定通知書が届き次第ご提出ください。) いいえ → 請求準備中 その他()							
	同意書	東京証券業健康保険組合 理事長殿												
同 意 書														
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、東京証券業健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 ※ 関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合及び受診していた医療機関等を指します。また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。														
令和 年 月 日														
住所 〒 ー														
氏名 (自署) 記号 番号														

受付印

事業主が証明するところ	被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名				
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から			出勤	日	この期間に対し賃金を支給しましたか	
		令和 年 月 日 まで			有給	日	□はい □いいえ	
	被保険者の給与種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 時間給 ☐ その他()		賃金計算	締日	日	支払日 □当月 日 □翌月 日	
	上記の期間に対して、報酬の全部または一部支給した場合	給 与	令和 年 月 日～令和 年 月 日		日間	円		
		通勤費	令和 年 月 日～令和 年 月 日		日間	円		
		その他()	令和 年 月 日～令和 年 月 日		日間	円		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 ※申請期間が経過した後に証明してください							
	令和 年 月 日							
	所 在 地							
事業所名称								
事業主氏名								
電話番号 ()								

療養を担当した医師が記入するところ	患 者 氏 名							
	傷 病 名	1)		療養の給付を開始した年月日 (初診日)	1)平成・令和 年 月 日			
		2)			2)平成・令和 年 月 日			
	発病または負傷の原因							
	発病または負傷年月日		平成・令和 年 月 日					
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から		日間	診療 実日数	日	
			令和 年 月 日まで			(労務不能期間中の診療日数)		
	うち入院期間		令和 年 月 日から		日間	転帰	□治癒 □中止 □繰越 □転医	
			令和 年 月 日まで					
	主たる症状及び経過 (できる限り詳しくご記入ください)	この期間の傷病状態						
この期間の治療状況								
前月の症状との比較								
労務不能と認めた医学的な所見・理由								
上記のとおり相違ないことを証明します。 ※証明は労務不能と認めた期間が経過した後に証明してください								
令和 年 月 日								
医 療 機 関 名								
医 師 所 在 地								
氏 名								
電話番号 ()								

※証明欄を印刷等で記名された場合には押印をお願いします。

R6.12

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

備 考 欄	
-------	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

現 況 報 告 書

3/3
被保険者が記入してください

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	事業所の名称
【初回申請時のみ】 現在の傷病に至るまでの経過			
受診頻度	① 1週間に一度程度 ② 2週間に一度程度 ③ 1ヶ月に一度程度 ④ その他()		
治療内容 医師からの指示等 *詳細にご記入ください			
処方状況	◆ 今回の申請期間で処方箋が交付された日 (月 日) ◆ 薬局等で処方を受けた(薬を受け取った)日 (月 日) ◆ 上記のうち、処方を受けなかったことがある場合は、その理由 ◆ 処方の内容 		
前回申請時からの 症状の経過			
日常生活についての 状況 (どのように療養していたか等を詳細にご記入ください。)			
令和 年 月 日 記号番号 — 氏 名 _____			