

届出種別
給 6

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (退職者用)

健保使用欄 受給歴 レセプトチェック
--------------------------

□1回目 □2回目以降

※給与に代わり所得保障として支給されるため、できるだけ1ヶ月ごとに申請してください。

※下記の中で当組合に提出すべき書類の確認ができない場合、支給審査を保留します。

また、支給審査上、下記⑬の過去に加入していた医療保険者(健保、国保等)、医療機関、事業主等への確認(照会)をする場合、支給決定まで時間を要することがあります。

被保険者情報	①被保険者等(資格確認書等又は保険証を参照)		②被保険者(申請者)の氏名		③生年月日		
	記号	番号	フリガナ		□昭和	年 月 日	
					□平成		
	④被保険者(申請者) 〒 - - の現住所・連絡先				TEL - -		
	⑤事業所名						
	⑥資格取得年月日			□昭和 □平成 □令和	年 月 日	⑦業種(職種)	
傷病について	⑧発病または負傷の年月日			□平成 □令和	年 月 日	⑨傷病名	
	⑩傷病の原因・症状を記入してください						
	⑪療養のため休んだ期間(申請期間) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間						
	⑫療養(治療) 状況の確認 私は申請期間中、医師等の指示通り通院や服薬、日常生活等を含め治療に専念していました。 <input type="checkbox"/> 重要:適切な治療(通院や服薬等)を行っていない場合、支給対象外になることがあります。(健康保険法第99条)						
	⑬第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●「はい」の場合、「第三者行為の災害届」(相手わかる場合)または「傷病届」(相手不明)を必ず提出して下さい						
⑭労災保険から休業補償給付を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ							
年金について	⑮「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ ●「はい」または「請求中」の場合、⑰⑱にご回答ください						
	⑯受給している年金の種類		□障害厚生年金 □障害手当金		⑰受給の要因となった傷病名		
	⑱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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ						
	●各種年金を受給されている方は、「年金支給額決定通知書」等の写しを必ず添付してください						

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

委任状の欄	⑲ (事業主) 本申請に基づく保険給付金に関する受領を _____ に委任します。					
	安田日本興亜健康保険組合 御中			令和 年 月 日		
	被保険者(申請者)の氏名 _____					

※退職後資格喪失された方は、必ずこの欄へ記入してください。

◇ 任継の方は、当組合に登録済みの「給付金振込先」に振り込むため記入不要です。

受付日付印

振込金融機関	⑳		□銀行 □信用金庫 □信用組合		□本店 □支店 □出張所		銀行コード	
							支店コード	
	□普通預金 □当座預金		口座番号		フリガナ			
					口座名義			

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。

※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。

※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄

安田日本興亜健康保険組合 御中

## 同 意 書

私は、傷病手当金支給決定審査に際し、貴組合が必要と認めたとき、次の事項について照会することに同意します。

1. 貴組合加入前の医療保険者（健康保険組合、国民健康保険等）へ給付記録等を照会すること。
2. 傷病の主状態等を医療機関及び療養を担当した医師に意見照会すること。
3. 勤怠状況について、勤務している（していた）事業主へ照会すること。
4. 各種公的年金の受給、雇用保険法に関する給付の受給等について、日本年金機構（年金事務所）、公共職業安定所へ照会すること。

令和            年            月            日

住 所：

氏 名：

＜療養担当医師等記入用＞

※この書類は医療機関独自の様式でも構いません。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る こ ろ	(ケ)対象者氏名																																							
	(コ)傷病名		(サ)診療開始日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和      年      月      日																																				
			(シ)発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和      年      月      日																																				
	(ス)発病または負傷の原因																																							
	(セ)労務不能と認めた期間		令和      年      月      日 から 令和      年      月      日まで      日間																																					
	(ソ)上記(セ)期間のうち入院した期間		(1)令和      年      月      日 ~ 令和      年      月      日まで      日間入院 (2)令和      年      月      日 ~ 令和      年      月      日まで      日間入院																																					
	(タ)療養費の別		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他										(チ)転帰																		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医									
	(ツ)外来診療日(労務不能期間中の外来診療日に○印を付けてください)	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	受診日数						
		月																																	日間					
		月																																	日間					
		労務不能期間中の主たる症状										治療内容、検査結果、療養指導等(詳細に)										前月(前回期間)の症状との比較																		
(テ)傷病の主状態、経過状況																																								
(ト)労務不能と認めた医学的な所見		----- ----- -----																																						
(ナ)労務不能と認めた期間中の診療実日数が0日の月がある場合は記入してください		診療実日数0日の月は、受診しないことを承諾若しくは指示をされましたか  <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										「はい」の場合、その理由を記入してください																		----- ----- -----										
(ニ)当該傷病名に対して処方箋を発行されましたか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										「いいえ」の場合、その理由を記入してください																		----- ----- -----										
上記のとおり相違ありません		令和      年      月      日																																						
医療機関の所在地		〒      -      -																																						
医療機関の名称																																								
医師の氏名		TEL      -      -																																						

※なお、上記の証明につきましては「再審査請求」等の裁判にて証拠書類として提出をする場合もあります。楷書で丁寧にご記入をお願いいたします。



(注意事項)

1. 傷病手当金は、給与が支払われない場合などの“所得保障”を目的としています。治療期間が長期に渡ることが予想される場合、1ヵ月毎に申請をお願いします。
2. 療養担当医師等の“労務不能の証明”は、療養のため休んだ期間（申請期間）経過後に受けてください。  
※将来の日付で証明されたものは、無効になります。
3. 療養のために休んだ期間について、転居や治療上の都合上、転院される場合は申請書を複数作成し、各医療機関の療養担当医師等の“労務不能の証明”を受けてください。  
ただし、1つの医療機関等で療養担当医師の通算した期間の“労務不能の証明”を受けられる場合は、複数作成する必要はありません。
4. 各記入欄について下記を参照し、記入してください。  
申請回数について → 1回目または2回目以降の該当する箇所をチェックしてください。  
なお、前回申請時の傷病名が変わっていても関連性のある傷病の場合は、1回目をチェックしてください。  
  
④の欄 → 当組合より、郵送物の送付や連絡を入れさせていただく場合があります。必ず連絡可能な住所および連絡先を記入してください。  
⑤の欄 → 勤務している（勤務していた）会社名を記入してください。  
⑥の欄 → 安田日本興亜健康保険組合（以下 当組合）の資格取得日を記入してください。  
⑦の欄 → 「営業」や「オペレーター」、「SE」など具体的に記入してください。  
⑧の欄 → 発病または負傷した日付を記入してください。なお、分からない場合は“不明”で構いません。  
⑨の欄 → 療養を要した傷病名を記入してください。  
⑩の欄 → 発病または負傷の原因について、日時（いつ、時間帯）、場所などの状況を具体的に記入してください。  
⑪の欄 → 療養のため休んだ（申請）期間を記入してください。  
⑫の欄 → 必ずチェックをしてください。  
**※チェックがない場合、支給審査を進められませんのでご了承ください。**  
  
⑬の欄 → 第三者行為に該当するか否かについて該当する箇所にチェックをしてください。  
「はい」の場合、「第三者行為の災害届」（相手がわかる場合）または「傷病届」（相手不明）を必ず提出して下さい。  
  
⑭の欄 → 労災保険に該当するか否かについて該当する箇所にチェックをしてください。  
なお、不明な場合はお勤めの会社（人事部等）へご確認ください。  
⑮の欄 → 「障害厚生年金」の受給について該当する箇所にチェックをしてください。  
また、受給をされている場合は、年金額の分かる書類の写しも提出してください。  
なお、請求中の場合は、受給決定後に年金額の分かる書類の写しを提出してください。  
  
⑯の欄 → ⑮の欄で“はい”または“請求中”にチェックをした場合、年金の種類に該当する箇所

にチェックをしてください。

- ⑰の欄 → 「障害厚生年金」の受給について、その要因となった傷病名を記入してください。
- ⑱の欄 → 「老齢または退職を事由とする公的年金」の受給について、該当する箇所にチェックをしてください。  
また、受給をされている場合は、年金額の分かる書類の写しも提出してください。  
なお、請求中の場合は、受給決定後に年金額の分かる書類の写しを提出してください。
- ⑲の欄 → 申請時、会社にお勤めをされている方は、お勤め先の会社を經由して当組合から保険給付金をお支払します。つきましては、必ず「委任状の欄」に必要事項を記入してください。
- ⑳の欄 → 当組合の被保険者の資格を喪失された後について申請をされる場合、必ず“振込先金融機関”を記入してください。  
また、㉑の「委任状の欄」は記入不要です。

5. 療養担当医師等に、「療養担当医師等記入用」の証明書類について、労務不能と認めた期間に係る、症状および経過や労務不能と認めた医学的所見等を詳細に記入するよう依頼してください。
6. 訂正箇所は、取り消し線を引いて、サインまたは訂正印を押印してください。

#### <添付書類>

1. 申請される方全員 → ○「同意書」は申請される都度提出をしてください。
2. 初めて申請される方 → ○当組合に加入して1年6ヵ月未満の方は「健康保険加入状況等確認書」を提出してください。
3. 年金を受給されている方 → ○年金額の分かる「年金支給額決定通知書」等の書類の写しを提出してください。なお、“請求中”の方は受給決定後、速やかに提出してください。
4. 資格を喪失された方 → (1) 申請される都度「療養および日常生活等回答書(退職者用)」を提出してください。なお、申請期間が1ヵ月を超える場合は直近の生活状況等を回答してください。  
※任意継続被保険者を含む  
(2) 「療養および日常生活等回答書(退職者用)」記載の必要書類。
5. ご遺族の方が申請する場合 → ○被保険者との続柄(関係)の分かる「戸籍謄本」等の書類を提出してください。

◎上記の添付書類が不足している場合は、支給審査を進められませんのでご了承ください。