

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 1234 番号 567890	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 ○月 ○日
	④被保険者(申請者) 〒 234 - ○○○○ の現住所・連絡先 東京都△△区△△○ - ○ - ○	TEL 03 - ○○○○ - ○○○○	
⑤事業所名	△△株式会社		
⑥資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 5 月 1 日	⑦業種(職種)	
⑧発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 7 月 7 日	⑨傷病名 椎間板ヘルニア	
傷病について	⑩傷病の原因・症状を記入してください 日頃の姿勢の悪化や重い物を持ち上げたことによる疲労の蓄積。		
	⑪療養のため休んだ期間(申請期間) 令和 4 年 11 月 1 日から 令和 4 年 11 月 30 日まで 30 日間		
	⑫療養(治療) 状況の確認 <input checked="" 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) 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。		
	⑬第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●「はい」の場合、「第三者行為の災害届」(相手がある場合)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 checked="" 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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。

振込金融機関	⑳	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	銀行コード	○○○
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	1234567	支店コード	○○○
			フリガナ	ケンボ タロウ	口座名義

受付日付印

※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 4 年 12 月 11 日

住 所： 東京都△△区△△○-○-○

氏 名： 健保 太郎

<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	健保 太郎																																	
	(コ)傷病名	腰椎椎間板ヘルニア															(サ)診療開始日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 7月 7日																	
																	(シ)発病または負傷 の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 7月 7日																	
	(ス)発病または負傷の原因	姿勢や腰への負担が大きかったため																																	
	(セ)労務不能と認めた期間	令和 4年 11月 1日 から 令和 4年 11月 30日まで 30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 checked="" 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 checked="" 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	
		11月	○							○														○											4日間
		月																																	日間
	月																																	日間	
(テ)傷病の主状態、 経過状況	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			
	腰痛および下肢の痛み、 痺れがみられる。															問診、レントゲン、伸展テ スト、リハビリを実施し、 痛みがある時は、薬の服用 を指示した。																痛み、痺れに変 化なし。			
(ト)労務不能と認めた 医学的な所見	下肢の痛みと痺れ、腰痛が残存しており、外出することが 困難な状況と判断し、労務不能と認めた。																																		
(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															「はい」の場 合、その理由 を記入してく ださい																			
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																		
(ニ)当該傷病名に対して処方 箋を発行されましたか	<input checked="" 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 4年 12月 1日															
〒 345 - 〇〇〇〇 医療機関の所在地 東京都××区××〇-〇-〇 医療機関の名称 □□□□病院 医師の氏名 △△ 一郎 TEL 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇																																			

療養および日常生活等回答書（退職者用）

※退職日以降も引き続き傷病手当金を申請される場合に都度必要な書類です

（退職後の継続給付で申請をされる方は、「事業主証明」が無くなるため、本書の提出が必要になります。）

<下記の設問について該当する箇所にチェックやご記入をお願いします。>

記入日	令和 4 年 12 月 12 日	氏名	健保 太郎
療養状況について	受診の頻度	<input type="checkbox"/> 1. 自分の都合の良い日に受診する。 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 医師等から指示された日に受診する。 <input type="checkbox"/> 3. 服薬している薬が無くなり次第受診する。 <input type="checkbox"/> 4. その他（ ）	
	療養上、医師等から指示されていることを記入してください。	<p style="color: blue;">重い物を運ぶこと、姿勢を正しくすること。また軽度の筋トレを実施すること。</p>	
日常生活について	日々の過ごし方を教えてください。 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 1. 1日中横になっている。 <input type="checkbox"/> 2. 半日程度横になっている。 <input type="checkbox"/> 3. 家の中でテレビ鑑賞や音楽を聴いている。 <input type="checkbox"/> 4. 家の中で読書や新聞を読んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 近所を散歩している。 <input type="checkbox"/> 6. 買い物や家の用事などで外出している。 <input checked="" type="checkbox"/> 7. その他（ <span style="color: blue;">痛みのある時は安静にしている</span> ）	
	症状改善のために日頃から意識していることや取り組まれていることはありますか。	<p style="color: blue;">姿勢を正しくし、コルセットを着用している。</p>	
現在の状況について	申請期間中の就労について	<input type="checkbox"/> 1. 仕事やアルバイトをしていた。 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 仕事やアルバイトはしていない。 <input type="checkbox"/> 3. 仕事やアルバイトの面接に行った。（行った日：令和 年 月 日）	
	仕事やアルバイトをしている場合は、その状況を教えてください。	※上記1. 仕事やアルバイトをしていた場合のみご記入してください。 就労開始日：令和 年 月 日 勤務時間：1日（ ）時間、1週間に（ ）日程度出勤 仕事内容：（ ）	
	現在加入している健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 任意継続被保険者（安田日本興亜健保） <input type="checkbox"/> 2. 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 3. ご家族の加入する健康保険の被扶養者 <input type="checkbox"/> 4. 他健康保険組合等の被保険者 ⇒ 「 <u>保険証</u> 」のコピーを添付。	
	雇用保険（失業給付）について	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 手続きは何もしていない。⇒ 「 <u>雇用保険離職票1および2</u> 」のコピーを添付。 <input type="checkbox"/> 2. 受給している。 ⇒ 「 <u>雇用保険受給資格者証</u> 」全ページのコピーを添付。 <input type="checkbox"/> 3. 現在、申請中。（申請日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 4. 受給延長申請をしている。⇒ 「 <u>雇用保険受給期間延長通知書</u> 」のコピーを添付。	

※申請の状況を毎回確認するため、添付書類は申請される都度添付をしてください。

※状況により、別途詳細の確認および必要書類のご提出をお願いする場合があります。