

傷病手当金請求書

年 月 日提出第()回

本人記入欄				
事業所名		所属部署		
被保険者等の記号・番号	記号	番号		
被保険者名	④ *	被保険者連絡先	E-MAIL: TEL: - -	
被保険者住所				
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳	
発病・負傷の発生日時	年 月 日 時頃	発病・負傷の場所		
発病・負傷の状況				
今回申請期間(暦日期間)	年 月 日から 年 月 日まで			
該当する□に✓を入れ、必要な添付書類をご確認ください	傷病手当金申請の原因となった傷病は第三者行為に該当しますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	傷病手当金申請の原因となった傷病は、労災申請済み、もしくは今後申請予定ですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	BS健保加入状況・障害年金等受給状況		必要な添付書類	
	ブリヂストン健康保険組合の加入日から医師の記入欄の「労務不能と認められた期間」の開始日までの期間	<input type="checkbox"/> 2年以上	●同意書	
		<input type="checkbox"/> 2年未満	●傷病手当金請求に伴う状況報告書 ●同意書 ※ 傷病手当金の申請が2回目以降の場合や、新卒採用で就労経験が無い場合は状況報告書は不要です	
	障害厚生年金	<input type="checkbox"/> 受給なし	なし	
		<input type="checkbox"/> 受給中(含手続中)	傷病名	●障害年金(基礎年金・厚生年金)証書の写し ●給付額と支給開始年月を証明する書類の写し ●直近の額を証明する書類(基礎年金・厚生年金振込通知等の写し)
	障害手当金	<input type="checkbox"/> 受給なし	なし	
		<input type="checkbox"/> 受給中(含手続中)	傷病名	●障害手当金決定通知書の写し またはこれに準ずる書類
	退職後の期間もご申請の場合は以下もご記入ください			
受給状況		必要な添付書類		
老齢年金	<input type="checkbox"/> 受給なし	なし		
	<input type="checkbox"/> 受給中(含手続中)	●老齢年金の年金振込通知書 ●年金の受給開始が分かる書類(年金証書等)		
失業給付	<input type="checkbox"/> 受給延長中	●受給期間・教育訓練適用期間・高齢雇用継続給付延長通知書 のコピー		
	<input type="checkbox"/> 受給中	●雇用保険受給資格者証の コピー		
	<input type="checkbox"/> 受給しない	●離職票1. 2のコピー		

* 被保険者が 自筆(手書き)の場合は押印省略可

＜必ずお読みいただき□に✓を入れてください＞

確認欄	<input type="checkbox"/> 申請書のご記入漏れが無いをご確認ください <input type="checkbox"/> ご提出前に必要な添付書類が揃っているかをご確認ください <input type="checkbox"/> 審査に必要と判断した場合は記載以外の資料を追加でご提出いただく事があります <input type="checkbox"/> 前回の申請期間との空白期間は遡っての申請はできませんのでご注意ください <input type="checkbox"/> 適正にお支払いする為に支払審査に時間が掛かる場合があります
支払	・適正にお支払いをする為に審査に時間が掛かる場合があります ・振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します
申請書提出先	各事業所の健康保険担当者に提出 ※資格喪失後の申請が2回目以降の方のみ健康保険組合(1930A)へ直接提出

傷 病 手 当 金 請 求 書 (裏面)

医 師 の 記 入 欄																															
患者氏名																															
傷病名	(1)						診療開始日	(1)	年	月	日																				
	(2)							(2)	年	月	日																				
	(3)							(3)	年	月	日																				
発病・負傷の原因																															
労務不能と認めた期間						年	月	日から	年	月	日まで																				
上記期間中の入院期間						年	月	日から	年	月	日まで																				
診察日を○で囲んでください																															
月	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
月	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
月	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
上記4か月以上で記入しきれない場合はこの欄に日付をご記入ください																															
傷病の主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導 等詳しくご記入ください																															
労務不能か否かの参考意見 該当する□にチェックしてください <input type="checkbox"/> 健康保険法第99条の労務不能に該当する <input type="checkbox"/> 健康保険法第99条の労務不能には該当しない 上記と判断された医学的所見																															
上記のとおり相違ありません 医療機関所在地 年 月 日 医療機関名称 電話 主治医氏名 印																															

事 業 主 証 明 欄			
給与・賃金の所定額		休業等不就業期間	
支払項目	所定額	支払形態	年 月 日から 年 月 日まで ()日間
		月給・月額不就業控除・その他()	退職日以降の報酬支払日 ※資格喪失前後の受給の場合のみ記入
		月給・月額不就業控除・その他()	
		月給・月額不就業控除・その他()	
		月給・月額不就業控除・その他()	
		時給()円⇒日額換算()円	
通勤手当			
計			
事業主 添付書類	休業期間の 勤怠表	公休日・年休・欠勤・出勤等の勤怠の記載のあるものをご提出ください 記載が無い場合は付記ください	
	休業期間の実績 が反映された給 与計算台帳	給与計算台帳を添付ください 無い場合は賃金の額の方かる書類をご提出ください ※賃金の計算方法(欠勤控除の計算、療養休職手当等)を給与明細の空欄に必ずご記入ください	
注意事項	資格喪失後受給の場合、喪失直後第1回目申請については事業主証明が必要です 資格喪失後受給の場合、給付金のお知らせは事業所経由で送付させていただきます		
上記のとおり証明します		事業所担当部署	
事業所所在地	年 月 日	係	長
事業所名称			
事業主氏名			

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、ブリヂストン健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してブリヂストン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、ブリヂストン健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件についてブリヂストン健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

ブリヂストン健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

記号
番号

氏名 _____ 印
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

