

記入見本

傷病手当金請求書

令和2年 4月 1日提出第(1)回

本人記入欄			
事業所名	プリヂストン〇〇〇〇	所属部署	〇〇部〇〇課
保険証記号番号	記号 0000	番号	00000000
被保険者名	健保 太郎	連絡先	E-MAIL: 〇〇〇@×××.com TEL: 000 - 0000 - 0000
住所	〒△△△-1234 △△県〇〇市〇〇1-3		
生年月日	昭和・平成・令和 44年 5月 1日	年齢	50 歳
発病・負傷の発生日時	令和2年 2月 1日 6時頃	発病・負傷の場所	自宅
発病・負傷の状況	胸が苦しくて病院に行ったところ、急性心筋梗塞で入院となった		
今回申請期間(暦日期間)	令和 2 年 2 月 1 日から 令和 2 年 2 月 28 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 checked="" 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 checked="" 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
	プ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 <input checked="" type="checkbox"/> 2年未満	●同意書 ●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 <input checked="" type="checkbox"/> 受給中(含手続中)	なし ●障害年金証書の写し ●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(年金振込通知等の写し)
	障害手当金	<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中(含手続中)	なし ●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 <input type="checkbox"/> 受給中(含手続中)	なし ●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 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給しない	●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 ●雇用保険受給資格者証の コピー ●離職票1. 2のコピー
マイナンバー記入欄: 被保険者の記号番号を記入した場合記入は不要です	*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 checked="" type="checkbox"/> 申請書のご記入漏れが無いかご確認ください <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 ※傷病手当金は被保険者給与口座に振込まれます(任継加入者はご登録の口座) ※傷病手当金の振込は毎月1回、原則10日(金融機関等休日の場合後ろにずれます)となります ※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		
振込			
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		

原因・状況・行動・病名等をご記入ください。

◆2年以上・2年未満の考え方

医師の記入欄			
患者氏名			
傷病名	(1) 年月日 (2) 年月日 (3) 年月日	診療開始日	(1) 年月日 (2) 年月日 (3) 年月日
発病・負傷の原因			
労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで		

例:プリヂストン健保への加入日がR1.10.1
医師が労務不能と認められた期間の開始日がR2.2.1の場合
この期間はR1.10.1～R2.2.1の4ヵ月間と1日となるため
2年未満にチェックをしてください。

・障害基礎年金のみを受給している方は「受給なし」にチェックをしてください。
・障害厚生年金と障害基礎年金の両方を受給している方は両方の添付書類が必要となります。

退職後のご申請の場合、老齢年金、失業給付の受給状況のいずれかにチェックを入れ、必要書類を添付してください。

マイナンバーの記入は不要です。

傷病手当金請求書(裏面)

医師の記入欄																															
患者氏名																															
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日			(1)	年	月	日	(2)	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月付をご記入ください																															
医師より証明を受けてください																															
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()	
		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	事業所担当者が使用する欄です	
	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分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		年 月 日	
事業所所在地		事業所担当部署	
事業所名称		係	長
事業主氏名			

記入見本

同意書

傷病手当金の給付の審査のために、医療機関や前にご加入の健康保険組合へ問い合わせをすることへの同意です。

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 2年 4月 1日

保険証記号 0000
番号 00000000

氏名 健保 太郎

生年月日 昭和・平成・令和 44年 5月 1日

健保

記入見本

傷病手当金請求に伴う状況報告書

傷病手当金請求書裏面「医師の意見欄」内の労務不能と認められた期間(開始日)より遡って2年間に加入していた健康保険組合の加入状況について以下にご記入ください。前加入健保が3か所以上あり記入しきれない場合はこの「傷病手当金請求に伴う状況報告書」を必要な枚数ご提出ください。

※傷病手当金の申請が2回目以降の場合や、新卒採用でプリヂストン健康保険組合加入前に就労の実績が無い場合はこの「傷病手当金請求に伴う状況報告書」は提出不要です

令和 2年 4月 1日

保険証記号・番号	0000-00000000	被保険者名	健保 太郎
----------	---------------	-------	-------

前健保の加入履歴

保険者名	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名:) <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部名: ○○支部) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (健保名称:)	
保険者の所在地	〒△△△-○○○○ ○○県○○○××××	
保険者の電話番号	○○○-△△△△-××××	
勤務先名	株式会社×××	
上記の記号番号	記号: □□□	番号: △△△△
加入形態	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	
加入期間	平成・令和 1年 5月 1日 ~ 平成・令和 1年 8月 31日	
前健保の傷病手当金受給状況 ※国民健康保険加入の場合は記入不要です		
傷病手当金受給有無	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
「ある」場合の受給期間	↳ 平成・令和 1年 8月 1日 ~ 平成・令和 1年 8月 15日	
傷病名	胃潰瘍	

前健保の加入履歴

保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名: ○○○国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部名:) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (健保名称:)	
保険者の所在地	〒△△△-○○×× ○○県××××○○○	
保険者の電話番号	○○○-○○××-○○××	
勤務先名	株式会社○○○	
上記の記号番号	記号: △△△	番号: □□□
加入形態	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	
加入期間	平成・令和 30年 2月 1日 ~ 平成・令和 31年 4月 30日	
前健保の傷病手当金受給状況 ※国民健康保険加入の場合は記入不要です		
傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
「ある」場合の受給期間	↳ 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	
傷病名		

健康保険に加入していなかった期間	平成・令和 1年 9月 1日 ~ 平成・令和 1年 9月 30日
------------------	----------------------------------

◆提出が必要な方◆

傷病手当金請求書(裏面)			
医師の記入欄			
患者氏名			
傷病名	(1)	(1) 年 月 日	
	(2)	(2) 年 月 日	
	(3)	(3) 年 月 日	
発病・発症の原因			
労務不能と認められた期間	年 月 日から	年 月 日まで	

プリヂストン健康保険組合の資格を取得した日~迄の期間が2年未満の方
ただし、傷病手当金の申請が2回目以降の場合や新卒採用でプリヂストン健康保険加入前に
就労経験が無い場合は提出不要です。

◆記入する期間◆

から遡って2年間に加入していた健康保険組合についてご記入ください。
ただし、プリヂストン健康保険組合の加入期間分は記入不要です。

健康保険に加入していない期間がある場合はこの欄へご記入ください。