

常務理事	事務長	担当	健保受付印

初回申請用

1

被保険者（申請者）記入用

健康保険 傷病手当金（付加金）延長傷病手当金付加金 支給申請書

記入日 令和 年 月 日

被保険者（申請者）情報	健康保険者証の記号	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 歳
	氏名	(フリガナ) <input type="text"/>					
	住所	(〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>) <input type="text"/>					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	<input type="text"/> (<input type="text"/>) <input type="text"/>				
	事業所名				所属		

給付金の受領を事業主へ委任します。 ←左記確認の上✓を入れてください

すでに退職しているため、私の口座へ振込希望します。

✓チェック後、5ページを確認してください。

振込口座&チェックシート 確認

1 傷病名	1)	<input type="text"/>	2 発病 または 負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	3)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。

1. 病気 (発症時の状況)

2. ケガ (ケガ状況、何をしている時、場所、相手の有無、原因等)

4 療養のため休んだ期間（申請期間）

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

日数 日間

5 あなたの仕事の内容 技術系 製造系 事務系 営業系 その他 ()

確認事項	1 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ
	4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署
	2 第三者の行為によって負傷したものですか	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ

3 今までに他健保の被保険者期間を含め、傷病手当金を受給したことがありますか。

- 1. はい
2. いいえ

3-① 「はい」と答えた場合、受給した傷病名、受給した期間、その当時に加入していた保険者名、その当時の会社名をご記入ください。

Table with columns for 1回目 and 2回目 (ある場合). Rows include 傷病名, 受給した期間, その当時に加入していた保険者名, and その当時の会社名.

4 小松製作所健康保険組合の加入期間は1年以上ですか。

- 1. はい
2. いいえ

4-① 概ね過去3年間に小松製作所健康保険組合以外の被保険者期間がある場合、記入してください。

Table with columns for 直近の加入状況 and 直近より前の加入状況 (ある場合). Rows include 保険者名, 記号, 番号, その保険者での被保険者期間, and その当時の会社名.

5 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。

- 1. はい
2. 請求中
3. いいえ
1. 障害厚生年金
2. 障害手当金

5-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。

「はい」と答えた場合は、支給開始日、年金額をご記入の上、確認できる年金証書(写)、年金額改定通知書(写)を添付してください。

Form for 傷病名, 基礎年金番号, 年金コード, 支払開始年月日, and 年金額.

6 介護保険サービスを受けたとき

保険者番号

保険者名称

被保険者番号

同意書

小松製作所健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- 小松製作所健康保険組合が関係機関(以前加入していた保険者・日本年金機構等)に対し、私にかかる資格及び給付歴等の照会を行い、照会を受けた関係機関が小松製作所健康保険組合に対して回答すること。
小松製作所健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等が小松製作所健康保険組合に対して回答すること。
小松製作所健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が小松製作所健康保険組合に対して回答すること。

※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

小松製作所健康保険組合 理事長 殿
年 月 日

住所 氏名

この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行っており、利用目的の範囲内で活用されます。

小松製作所健康保険組合

内容を確認のうえ署名してください

健康保険 傷病手当金(付加金)延長傷病手当金付加金 支給申請書

事業主記入用

《記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください》
労務に服さなかった期間を含む勤務状況及び支払状況等をご記入ください。

健康保険者証 の	記号	番号	被保険者氏名		
労務に服さなかった期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	日数	<input type="text"/> 日間	
労務に服さなかった期間の勤怠（勤怠表添付下さい）		【出勤→○ 有休→△】			
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】でそれぞれ表示してください。		出勤	有給		
令和 年 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	計	日	日	
令和 年 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	計	日	日	
令和 年 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	計	日	日	
労務に服さなかった期間の報酬（賃金台帳添付下さい）					
上記の期間に対して、賃金等を支給しましたか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
申請期間のうち、出勤していない日（上記○△で囲んだ日以外の日）に対して、報酬(※)を支給した日がある場合は支給した日と金額をご記入ください。 (※)出勤等の有無に関わらず支給している手当（扶養手当・住宅手当等）、通勤交通費の支給					
支給した(する)賃金内訳	②	月 日	月 日	月 日	備考
		~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分	
		支給額	支給額	支給額	
	通勤交通費				
	こども手当				
	住宅手当				
	別居手当				
	別居手当旅費				
	手当				
	計				
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日	担当者氏名		
※記載内容については誤りがないか確認している					
事業所所在地					
事業所名称		電話 ()			
事業主氏名					

記入例

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- 勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含みます。
- 出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
 ※出勤していない日に対して支給した報酬等は、有休休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している（通勤手当・扶養手当・住宅手当等）が該当します。
 ※通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。
 例：4月1日～9月30日の6か月分通勤手当（90,000円）を出勤の有無に関わらず支給している場合
 ⇒4月1日～9月30日 90,000円
 例：4月1日～4月30日のこども手当（10,000円）を出勤の有無に関わらず支給している場合
 ⇒4月1日～4月30日 10,000円

《記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください》

医師（療養担当者）が意見を記入するところ	患者氏名			
	傷病名	(1)	当院での療養の給付開始年月日（初診日）	
		(2)	(1)平成・令和 年 月 日	
		(3)	(2)平成・令和 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因
	労務不能と認められた期間	平成 令和 年 月 日 から 日数 日	平成 令和 年 月 日 から 日数 日間	
うち入院期間	平成・令和 年 月 日まで 日間	平成・令和 年 月 日まで 入院	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
診療実日数	診療日を○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	
上記の期間中における「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）			手術年月日 平成・令和 年 月 日 退院年月日 平成・令和 年 月 日	
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見				
医学的にみて、今後就労可能な時期と理由				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 可能 その時期は 令和 年 月 日 ごろ ・ 不能 その理由は 				
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()	
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在地		電話 ()		
医療機関の名称				
医師の氏名				

記入例

【被保険者の方へ】

1 療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
- 4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入

初回申請時には必ずご記入の上、提出してください。復職後も同一傷病による治療が継続しており、すでに傷病手当金の支給期間が満了している場合は支給対象になりませんので、ご留意願います。

傷病手当金請求前チェックシート【被保険者記入用】

被保険者番号		名前	
--------	--	----	--

下記①～③の口にチェックを入れて下さい。

① 小松製作所健保ならびに他健保で過去に傷病手当金の受給をしたことがない

はい いいえ

② 今回の請求が前回の請求と同一傷病、もしくは関連傷病*1でない

はい いいえ

③ 前回の支給終了後又は復職後も同一傷病、関連傷病*1で診察又は投薬がない
(ただし、手術後の経過観察は除く)

はい いいえ

すべての項目が「いいえ」になる方は、申請書をご提出いただいても傷病手当金の支給対象にはなりません*2ので、ご留意願います。

※1 関連傷病とは直接的、医学的因果関係がある傷病であること
精神医学領域の診断は、その実態に明らかな断絶が認められていない限り、相互に相当因果関係のある一連の疾病であるとみなす

※2 健保法九十九条 第2項
傷病手当金の支給期間は、同一疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から通算して1年6ヵ月を超えないものとする。

傷病手当金 振込口座【被保険者記入用】

給付金は事業所へ振込いたします。
ただし、現在すでに退職されている場合、本人口座への振込が可能です。
(最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人様と人事ご担当者様でご確認のうえ記入ください。)

振込先の確認	すでに資格喪失しているため、本人口座へ振込を希望します。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 年 月 日退職
		<input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業所振込となります
「はい」と答えた場合、退職後は任意継続被保険者で、小松製作所健康保険組合に加入。		<input type="checkbox"/> 1. はい → 任意継続で申請した(ゆうちょ口座)
		<input type="checkbox"/> 2. いいえ → 振込口座を記入してください

「2」の場合は必ず記入してください。

資格喪失者の口座	金融機関コード (金融機関コード)	(店舗コード)
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他 ()
	預金種別	普通 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は)マス空けてご記入ください。 ◆申請者名義の口座に限る

※ 被保険者死亡のため、相続人が申請者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要です。(死亡時に相続人が小松製作所健康保険組合の被扶養者であった場合は不要)また、委任状を追加で求める場合があります。

健康保険 傷病手当金 申請書 記入の手引き

業務外のケガ（負傷）・病気による療養のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

申請書は5ページです。漏れなく正確にご記入ください。

申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方がご記入ください。

1/5ページ

2/5ページ

事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3/5ページ

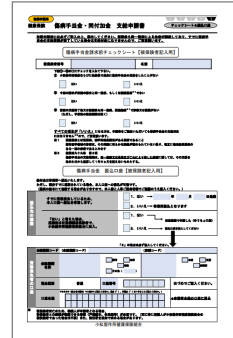
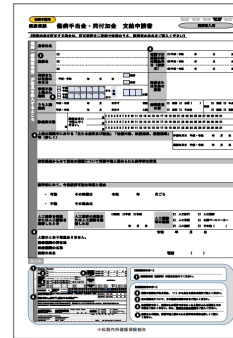
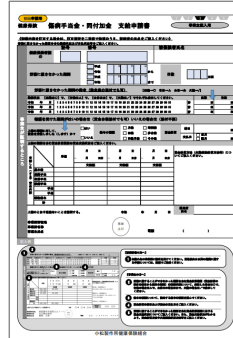
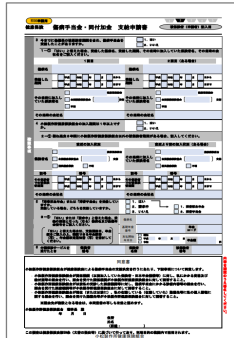
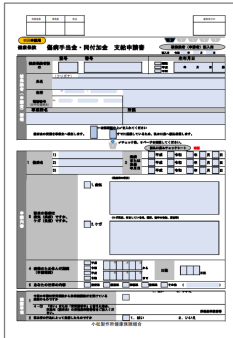
療養担当者の意見書

担当医師に記入を依頼してください。

4/5ページ

チェックシート&振込口座

5/5ページ



添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの。（コピーと指定していないものは、原本が必要です。）

傷病手当金を初めて申請する方	傷病手当金請求前チェックシート
障害厚生年金の給付を受けている方	○年金給付額等がわかる書類（以下のすべての書類が必要です） ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）のコピー
老齢退職年金の給付を受けている方 （申請期間が資格喪失後の場合）	○年金給付額等がわかる書類（以下のすべての書類が必要です） ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）のコピー
労災保険から休業補償給付を受けている方	「休業補償給付支給決定通知書のコピー」
障害年金・老齢年金・労災保険の休業補償給付申請中の方	障害・老齢厚生年金、労災休業給付金にかかる傷病手当金の申請について ※1
第三者による傷病の場合	第三者行為にかかる傷病手当金の申請について（同意書） ※2
被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合	健康保険給付金遺族申請書

ご提出・お問い合わせ先

勤務している事業所の人事・総務担当者にご提出ください。
申請書等は小松製作所健康保険組合のホームページから印刷できます。
※1※2については事業所の人事・総務担当者から入手してください。
<http://www.komatsu-kenpo.or.jp/>

コマツ健保 病気で仕事休んだとき

検索