

記入例

健保受付印

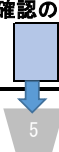
初回申請用

1 2 3 4 5
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 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者（申請者）情報	健康保険者証の記号	〇〇	番号	1 2 3 4 5	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
	氏名	(フリガナ)	コマツ タロウ 小松 太郎				
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	東京都港区赤坂2-3-6				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 012 (3456) 79890					
	事業所名	〇〇株式会社		所属 〇〇部			
	給付金の受領を事業主へ委任します。	<input checked="" type="checkbox"/>	←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) 鎖骨骨折	発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年4月22日
	2)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	3)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
3 申請内容	《記入必須》	(発症時の状況)	
	該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気	<input checked="" type="checkbox"/> 2. ケガ
4 療養のため休んだ期間（申請期間）	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	4年4月22日から	日数 21日間
5 あなたの仕事の内容	<input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 製造系 <input checked="" type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 営業系 <input type="checkbox"/> その他	4年5月12日まで	

(発症時の状況)

1. 病気

(ケガ状況、何をしている時、場所、相手の有無、原因等)

2. ケガ

左肩部強打
休日にスキー場でスノーボード中に転倒し、左肩部を強打した

1 確認事項	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	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	3
	1-① 「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。	2 の場合は記入	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	1. はい 2. いいえ	2

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。

Form with columns for 1回目 and 2回目 (ある場合). Includes fields for 傷病名 (自律神経失調症), 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.

《記入必須》
不明な場合は前職の健保へ
問合せしてください。

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。

確認事項

Form for 直近の加入状況 and 直近より前の加入状況 (ある場合). Includes fields for 保険者名, 記号, 番号, 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, 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 該当の場合は記入 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
令和〇年〇月〇日

住所 東京都港区赤坂2-3-6
氏名 小松 太郎
(旧姓:)

内容を確認のうえ署名してください。

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	1 2 3 4 5	名前	小松 太郎
--------	-----------	----	-------

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

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で診療(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となりません

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 checked="" 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
	口座番号	右づめでご記入ください。
	口座名義	◆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