

常務理事	事務長	担当

健保受付印

退職後申請用

1 2 3

健康保険 傷病手当金・同付加金 申請書



被保険者（申請者）記入用

記入日 令和 年 月 日

※ 申請書は1/3から3/3まで計3ページです。医師記入用（3/3）の記入をうけ、申請してください。

※ 退職後初めて申請される場合は雇用保険の「受給期間延長通知書（写）」を添付してください。

申請者情報	被保険者証の記号	<input type="text"/>	番号（現在加入の健康保険証）	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	歳	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) <input type="text"/>						
	住所	<input type="text"/>						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	<input type="text"/>					

申請内容	1) 傷病名	<input type="text"/>	2 発病 または 負傷 年月日	<input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日					
	2) 傷病名	<input type="text"/>		<input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日					
	3) 傷病名	<input type="text"/>		<input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日					
3 療養のため休んだ期間 (申請期間)	<input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日	から	日数	<input type="text"/>	日まで	<input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日

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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日退職
	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している。	<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"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
	預金種別	普通	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・同付加金 申請書

被保険者（申請者）記入用

<p>退職後の傷病手当金支給については雇用保険の失業給付（基本手当）の受給期間延長の申請が必要です。</p> <p>1 雇用保険の手続きをしていますか。また、今回の傷病手当金申請に雇用保険「受給期間延長通知書（写）」を添付していますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. はい → 受給期間延長通知書（写）を添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2回目以降の申請のため、すでに受給期間延長通知（写）は提出済</p> <p><input type="checkbox"/> 3. いいえ → 理由を確認させていただきますので健保へご連絡ください。</p>
<p>2 雇用保険の失業給付等の現在の状況について</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. 給付の申請はしていない。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 受給期間延長の申請をした（ 年 月 日から延長継続中）</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 受給手続き中である（ 年 月 日から受給予定）</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 現在既に就職済である</p> <p><input type="checkbox"/> 5. その他（ ）</p>
<p>3 「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。</p> <p>3-① 「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。</p> <p>初めて「はい」と答えた場合は確認できる年金証書（写）等を添付してください。また前回より年金額が改定された場合は、年金額改定通知書（写）等を添付してください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. はい</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金</p> <p><input type="checkbox"/> 3. いいえ → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金</p> <p>傷病名</p> <p>基礎年金番号 年金コード</p> <p>支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円</p>
<p>4 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。受給している場合、その名称をご記入ください。</p> <p>4-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号をご記入ください。</p> <p>初めて「はい」と答えた場合は確認できる年金証書（写）等を添付してください。また前回より年金額が改定された場合は、年金額改定通知書（写）等を添付してください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. はい</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 請求中 → 名称</p> <p><input type="checkbox"/> 3. いいえ</p> <p>基礎年金番号 年金コード</p> <p>支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円</p>
<p>5 あなたの仕事の内容（具体的に）（退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容）</p>	
<p>6 現在の状況について</p> <p>6-① 症状の経過について</p> <p>6-② 療養および就労について</p> <p>6-③ 現在の健康保険の加入状況について</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. 良くなっている</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 少し良くなっている</p> <p><input type="checkbox"/> 3. あまり変わらない</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 少し悪くなっている</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 悪くなっている</p> <p><input type="checkbox"/> 6. その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 療養に専念しているため就労不能 及び 就労または就職の予定も無い</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 現在休職中である</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 就職予定である（ 年 月 日から ）</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 現在既に就職済である</p> <p><input type="checkbox"/> 5. その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 小松製作所健康保険組合の任意継続保険に加入</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 国民健康保険に加入</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 家族の扶養に入っている</p> <p><input type="checkbox"/> 4. その他の社会保険に加入</p>

※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。

退職後傷病手当金の申請にあたり、上記の内容に相違ありません。

年 月 日

被保険者氏名

健康保険 傷病手当金・同付加金 申請書

医師記入用

《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》

患者氏名			
傷病名	(1)	当院での療養の給付開始年日(初診日)	(1)平成・令和 年 月 日
	(2)		(2)平成・令和 年 月 日
	(3)		(3)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	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から 日数 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 転医
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	
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			
・ 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		令和 年 月 日	
医療機関の名称		電話 ()	
医師の氏名			

記入例

1 (1) 患者氏名 鈴木太郎

2 (2) 傷病名 (1) 腰痛 (2) 肩痛 (3) 頭痛

3 当院での療養の給付開始年日(初診日) (1) 平成・令和 4 年 4 月 22 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日

4 発病または負傷の年月日 平成・令和 4 年 4 月 22 日

5 労務不能と認められた期間 平成 年 月 日から 日数 令和 年 月 日まで

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 令和 4 年 5 月 22 日

人工臓器等の種類 人工肛門 人工関節 人工骨頭 心臓ペースメーカー 人工透析 その他 ()

上記のとおり相違ありません。

医療機関の所在地 東京都品川区△△
 医療機関の名称 ○○総合病院
 医師の氏名 橋本 太郎 電話 03(△△△△)△△△△

【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ください。

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3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。

1/3ページ

2/3ページ

医師の意見書

担当医師に記入を依頼してください。

3/3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
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）
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

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。
（印刷環境がない場合は、小松製作所健康保険組合まで）

〒107-8414 東京都港区赤坂2-3-6 TEL 03-5561-4341

コマツ健保 病気で仕事休んだとき

<http://www.komatsu-kenpo.or.jp/>

検索