

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

| |
|-------|
| 健保受付印 |
| |

在職者継続申請用

健康保険 傷病手当金(付加金)延長傷病手当金付加金

記入例

被保険者(申請者)記入用

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 (日中の通話料) | TEL 012 (3456) 7890 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------|---|---|---------------------------------------|--|--|
| 申請内容 | 1 傷病名 | 1) 鎖骨骨折 | 2 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 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 | (発症時の状況)(ケガ状況、何をしている時、場所、相手の有無、原因等) | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| 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 5月 19日 から | 日数 | 15日間 | | |
| | <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 6月 2日 まで | | | | |
| 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 () | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|----------|--|
| 確認事項 | 1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい | 健保からの給付金は対象外。除いた報酬を記載してください | | |
| | 1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 4年 5月 16日 から | 報酬額 | 15,000 円 | |
| | 2 「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。 | <input checked="" type="checkbox"/> 3. 請求中 | 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金 | | |
| | 2-① 「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。 | 傷病名 | 1. または 2. の場合は記入 | | |
| | 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | 基礎年金番号 | 年金コード | | |
| 3 「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。 | <input checked="" type="checkbox"/> 3. 請求中 | 名称 | | | |
| 3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 | 基礎年金番号 | 1. または 2. の場合は記入 | | | |
| 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | 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 | |
| 4 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 checked="" type="checkbox"/> 3. 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。 | 1. または 2. の場合は記入 労働基準監督署 | | | | |
| 5 第三者の行為によって負傷したものですか | <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ | 1. はい | | | |

《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。

| | | | | | |
|--|--|----------------|----------------|-----------|--|
| 健康保険者の 記号 | 〇〇 | 番号 | 1 2 3 4 5 | 被保険者氏名 | 小松 太郎 |
| 労務に服さなかった期間 | <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | から | 4年 5月 19日 | 日数 | 15日間 |
| | | まで | 4年 6月 2日 | | |
| 労務に服さなかった期間の勤怠（出勤がない場合は勤怠簿は不要） 【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。 | | | | | |
| 令和 4年 5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 | 1 日 | 有給 | 2 日 |
| 令和 4年 6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 | 0 日 | 有給 | 0 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 | 有給 | 日 |
| 労務に服さなかった期間の報酬（賃金台帳の添付不要、賃金の支払いがあった時のみ添付） | | | | | |
| 上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。 | | | | | |
| 支給した（する） 賃金内訳 | 2 | 5月 1日 ~ 5月 31日 | 5月 1日 ~ 6月 30日 | 月 日 ~ 月 日 | 備考 ※4月に4/1~9/30の6か月定期代（60,000円）を支給 注：各種手当・通勤交通費が支給されていないか？必ず、確認してください。 |
| | 通勤交通費 | 10,000 | 10,000 | 支給額 | |
| | こども手当 | 20,000 | | 支給額 | |
| | 住居手当 | 20,000 | | 支給額 | |
| | 別居手当 | | | 支給額 | |
| 別居手当旅費 | | | | | |
| 手当 | | | | | |
| 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 ○○ ○○ | | | | | |
| 事業所所在地 | 東京都千代田区△△1-1 | | | | 担当者氏名 |
| 事業所名称 | 〇〇株式会社 | | | | 担当者氏名 |
| 事業主氏名 | 健保 三郎 | | | | 担当者氏名 |
| | | 電話 | 03 (XXXX) XXXX | | |

事業主が証明するところ

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

医師(療養担当者)記入欄
被保険者は記入せず、
医師(療養担当者)に記入を依頼してください。

記入例

| | | | | | | | |
|---|---|---|----------------------|---|--------------|---|--------------|
| 1 | 氏名 田中 太郎 | 2 | 生年月日 昭和45年 4月 22日 | 3 | 保険種別 健康保険 | 4 | 勤務先 小松製作所 |
| 5 | 療養期間 昭和45年 4月 22日 まで 療養期間の初日 昭和45年 4月 22日 療養期間の末日 昭和45年 5月 22日 療養期間の経過 昭和45年 4月 22日 現在 療養期間の経過 昭和45年 4月 22日 現在 療養期間の経過 昭和45年 4月 22日 現在 | | | | | | |

【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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

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

事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

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 ※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 |
| 被保険者が亡くなれば、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。
※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。
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。
<http://www.komatsu-kenpo.or.jp/>

コマツ健保 病気で仕事休んだとき

検索