

全国土木建築国民健康保険組合 傷病手当金支給申請書

提出区分 1 申請者から直接 2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目 (第 回)

Form for member information including insurance card number, name, address, phone number, application date, and applicant details.

○ 申請内容に関する項目

Form for application details including retirement date, illness date, leave periods, and payment request details.

○ 受領方法、振込先等

Form for payment methods and recipient information, including instructions for direct payment or agent handling.

Form for agent information including name, address, phone number, and relationship to the applicant.

Form for bank transfer details including financial institution name, branch name, account type, and account number.

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

Vertical text on the left side providing additional instructions and notes regarding the application process and document requirements.

○ 年金等又は労災保険の休業補償給付等の受給の有無

受給の有無について該当する番号を○で囲んでください。なお、受給有の場合、年金証書（裁定通知書）の写（年金額が変更されたときは支給額変更通知書の写）又は休業補償給付等の支給決定通知書の写を添付してください。

種類	受給の有無	支給事由となった傷病名
障害厚生年金	1 受給有 ・ 2 受給無 ・ 3 請求中	
障害基礎年金	1 受給有 ・ 2 受給無 ・ 3 請求中	
障害手当金	1 受給有 ・ 2 受給無 ・ 3 請求中	
老齢又は退職を支給事由とした公的年金	1 受給有 ・ 2 受給無 ・ 3 請求中	
労災保険の休業補償給付等	1 受給有 ・ 2 受給無 ・ 3 請求中	

○ ハローワークへの求職の申込み状況

該当する番号を○で囲んでください。（退職者のみ記入してください。）

1 求職の申込みをしていない ・ 2 求職の申込みをした（令和 年 月 日申込）・ 3 求職の申込みを予定

○ 関係機関への照会等に係る同意書

支給決定にあたり、必要に応じて各関係機関に照会を行うことや、他制度からの給付との調整を行うことがありますので、内容をご確認のうえ署名してください。

全国土木建築国民健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、次の事項について同意します。

- 1 在職している（在職していた）勤務先等に対し、勤務状況等を照会し、回答を得ること。
- 2 受診医療機関及び診療担当医師に対し、傷病の状態及び受診状況等を照会し、回答を得ること。
- 3 関係官庁に対し、年金又は労災保険の休業補償給付等の受給状況及びハローワークへの求職の申込み状況等を照会し、回答を得ること。

また、障害年金・老齢年金や労災保険の休業（補償）給付を受給することとなった場合、又はハローワークへの求職の申込みを行った場合は、すみやかに報告します。

なお、傷病手当金と重複して受給した等の理由により、受給した傷病手当金の返還請求があったときは、遅滞なく返還します。

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

組合員（申請者）氏名 _____
自署してください。

(注) 第1回目の申請書提出時は、上記署名欄に必ず署名してください。署名がない場合は、申請書をお返すことがあります。なお、第2回目以降の申請のときは、署名は省略できます。

勤務状況等についての事業主の証明書

被保険者証 記号・番号			組合員氏名															
職種		雇用期間	無期・有期（終期：令和 年 月 日）															
就業規則（雇用契約書）上の 欠勤・休職規定等の期間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）																	
給与体系	月給・日給 その他（ ）	賃金締日	日	賃金支払日	（当月・翌月） 日													
出勤簿（写）の添付		<input type="checkbox"/> あり 次の「勤務状況」欄は記入不要です。 <input type="checkbox"/> なし 出勤簿(写)を添付できない理由及び次の「勤務状況」欄を記入してください。 （理由： ）																
勤務状況	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		（出勤日数： 日）
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	（有給日数： 日）
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		（出勤日数： 日）
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	（有給日数： 日）
出勤は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。																		
復職状況（申請書提出時の状況）		<input type="checkbox"/> 復職していない <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日付復職（予定）																
賃金台帳（写）の添付		<input type="checkbox"/> あり 次の「賃金の内訳」欄は記入不要です。ただし、休業期間中に係る賃金の一部減額して支給されている場合は、「※」欄にその計算方法を記入してください。 <input type="checkbox"/> なし 賃金台帳(写)を添付できない理由及び次の「賃金の内訳」欄を記入してください。 （理由： ）																
上記休業期間 を含む賃金計 算期間に支給 された賃金の 内訳	期間	月 日 ~ 月 日分			月 日 ~ 月 日分			月 日 ~ 月 日分			※休業期間中に係る 賃金の一部減額して 支給されている場 合、その計算方法							
	手当の名称	金額			金額			金額										
		円			円			円										
		円			円			円										
		円			円			円										
		円			円			円										
		円			円			円										
	合 計	円			円			円										
休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は、合計欄に「0」と記入してください。																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名 </div> </div>																		

(注) 退職後の期間に係る傷病手当金の支給申請を行われる場合は、この証明書は記入不要です。

診療担当医師の意見書

患者氏名					生年月日		5 昭 7 平		年 月 日																														
傷病名				診療開始年月日		令和 年 月 日			転帰	治癒・中止・繰越・転医																													
				発病又は負傷の原因																																			
診療実日数 診療日を○で囲んでください。		令和 年 月 (計 日)		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					
		令和 年 月 (計 日)		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					
就労不能と認められた期間 (入院期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで)																																					
主たる症状及び経過、治療内容、検査結果等																																							
従来の職種について就労不能と認められた医学的な所見																																							
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日					昭和・平成・令和 年 月 日																																
		人工臓器等の種類		ア 人工肛門	イ 人工関節	ウ 人工骨頭	エ 心臓ペースメーカー	オ 人工透析	カ その他 ()																														
上記のとおり、療養のため業務に従事できなかったことを認めます。		令和 年 月 日		所在地		医療機関等		氏名		氏名		電話番号 () -																											

(注) 「就労不能と認められた期間」は、証明年月日以前の期間について記入してください。(将来にわたる期間の証明は認められません。)