

# 傷病手当金支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎療養のために休業した期間（土日祝日の公休日を含む。）を記入してください。

休業した年月を記入し、休業した日を○で囲んでください。

◎「休業期間」中に事業主から支給された報酬とその期間を記入してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

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
○ 組合員（申請者）に関する項目 (第 1 回)				2 事業所を経由	
組合員	被保険者証記号・番号	71-1505	440	氏名	竹田 誠
	住所	〒140- 5000 東京都 文京区 大塚 2-3-1			
	電話番号	( 03 ) 9876 - 5432	① 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )		
申請年月日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	事業所名	八重洲建設株式会社		
申請者区分	① 組合員 次の「申請者」欄は記入不要です。 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、その世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。				
申請者	氏名			組合員との続柄	
	住所	〒 -			
	電話番号	( ) -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )		
○ 申請内容に関する項目					
退職年月日 (退職者の場合)	令和 年 月 日	最終稼働年月日 (第二種の場合)	令和 年 月 日		
発病又は負傷年月日	令和 △△ 年 9 月 10 日	発病又は負傷の原因			
休業期間	令和 △△ 年 9 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 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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺			
休業期間中に事業主から支給された報酬額及び期間	令和△△年 9月 1日から 令和△△年 9月 30日まで の分として 255,000 円	傷病手当金を請求する期間及び日数	令和△△年 9月 13日から 令和△△年 9月 30日まで 18 日間		
○ 受領方法、振込先等					
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。				
①	私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します。)				
②	次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。 なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。				
①	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	組合員 氏名	竹田 誠 (申請者) 住所 東京都 文京区 大塚 2-3-1		
代理人	氏名	八重洲建設株式会社		住所	〒 -
	事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。	取締役社長 夏川 一郎		電話番号	( ) -
	申請者との関係	②		1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )	
振込先	金融機関名称		支店名称	コード	
	預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)		
	1 普通 (総合を含む) ・ 2 当座		( )		

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。(「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。)

◎「待期」(別紙「支給要件について」欄を参照)等を勘案のうえ記入してください。

◎「2」の場合は組合員(または遺族である申請者)が記入年月日、住所、氏名を記入してください。

◎振込先を記入してください。(事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。) 記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写しを添付してください。(その場合、この欄は記入不要です。)

◎事業主への受領委任を希望される場合、  
 ① 「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入してください。  
 ② 代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。  
 この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 添付書類について

ア 別紙に次のとおり証明を受けて添付してください。

- ・ 休業期間及び報酬の有無について、別紙「勤務状況等についての事業主の証明書」に事業主の証明を受けてください。(出勤簿の写しを添付してください。また、退職後の傷病手当金の支給申請を行われる場合は、「勤務状況等についての事業主の証明書」は提出不要です。)
- ・ 療養のため業務に従事することができなかつたことを立証する書類として、別紙「診療担当医師の意見書」に診療担当医師の証明を受けてください。

イ けがにより療養を受けて申請される場合は、けがの原因、状況等を確認させていただく必要がありますので、「組合員負傷届」を添付してください。(「組合員負傷届」は組合ホームページから印刷できます。印刷環境がない場合は組合までご連絡ください。)

◎ 2 か月(分の賃金計算月)以上にわたって傷病手当金の支給を受けようとする場合、この申請書は1か月ごとに分けて提出してください。

# 傷病手当金支給申請書の記入例

○ 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	

◎各種年金等の受給の有無についてご記入のうえ、受給有の場合、（障害厚生年金等の場合は傷病名をご記入のうえ、）年金証書の写しを添付してください。

◎ハローワークへの求職の申込み状況について該当する番号を○で囲んでください。（「2」の場合、括弧内に求職の申込みをした年月日を記入してください。）

○ 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 竹田 誠

自署してください。

◎同意書の内容をご確認のうえ、初回申請時は必ず署名してください。

## ◎ 支給要件について

- ・ 組合員が病気やけがのため、今まで従事していた仕事が全くできず、休業していること。
  - ・ 待期（療養のため仕事を休み始めた日から連続した3日間の期間）が完成していること。
  - ・ 休業している期間に給料の支払いがないこと。
- ただし、給料が支払われていても、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額を支給します。

## ◎ 出産手当金との調整について

傷病手当金は、出産手当金の支給を受けているときは、その期間は支給しません。ただし、出産手当金の日額が傷病手当金の日額に満たないときはその差額を支給します。

## ◎ 厚生年金保険法による障害厚生年金との調整について

傷病手当金は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関し、厚生年金保険法による障害厚生年金又は障害手当金を受けているときは支給しません。

ただし、障害厚生年金の額（同一の理由で国民年金法による障害基礎年金の支給を受けているときは、それを合算した額。（以下、「障害年金の額」という。）ただし、出産手当金の支給を受けることができる場合は、出産手当金と障害年金の額のいずれが多い額）を360で除した額が、傷病手当金の日額に満たないときは、その差額を支給します。また、障害手当金の支給を受けることができる場合は、その日以降算定する傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達するまでの間は、傷病手当金は支給しません。

※傷病手当金と障害厚生年金等との併給調整が生じる場合は、具体例をもって組合あてお問合せください。

## ◎ 資格喪失後の支給要件（厚生年金保険法等による老齢又は退職を事由とする年金との調整について）

第一種組合員の場合、被保険者資格を喪失した日前継続して1年以上被保険者であった者が、その被保険者資格を喪失した際に傷病手当金の支給を受けているときは、資格喪失後も引き続き傷病手当金を支給します。（第二種組合員の資格喪失後の支給要件については、組合にお問い合わせください。）

なお、厚生年金保険法等による老齢又は退職を事由とする年金の支給を受ける場合は支給しません。ただし、支給を受けることができるその年金の額（その年金の給付が2つ以上の場合はそれらの合算額）を360で除した額が、傷病手当金の日額に満たないときは、その差額を支給します。

# 傷病手当金支給申請書の記入例（別紙）

◎事業主に記入を依頼してください。

退職後の傷病手当金の支給申請の場合は提出不要です。

◎療養前の職種について具体的に記入してください。

◎給与体系について、該当するものを○で囲んでください。

◎出勤簿の写しを添付した場合は「あり」、添付していない場合は「なし」にチェックしてください。「あり」の場合、次の「勤務状況」欄の記入は不要です。「なし」の場合、括弧内に添付できない理由を記入してください。

◎上の「出勤簿（写）」の添付で「なし」にチェックした場合に記入してください。

休業期間を含む賃金計算期間について、出勤した場合は「出」、有給は「有」、公休は「公」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。

◎上の「賃金台帳（写）」の添付で「なし」にチェックした場合に、休業期間を含む賃金計算期間における賃金の支給状況について記入してください。

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。

## 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	71-1505	440	組合員氏名	竹田 誠	
職種	事務員		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 checked="" type="checkbox"/> あり（休職期間1年。休職期間満了後、復職できないときは退職。）				
給与体系	<input checked="" type="radio"/> 月給・日給 <input type="radio"/> その他（ ）	賃金締日	末 日	賃金支払日（当月・翌月） 20 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 checked="" 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：○○○○○のため）				
勤務状況	令和 △△年 9 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	（出勤日数：7 日） （有給日数：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	（出勤日数： 日） （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「→」を記入してください。					
復職状況（申請書提出時の状況）	<input checked="" 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が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 checked="" 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：○○○○○のため）				
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	9 月 1 日 ~ 9 月 30 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	※休業期間中に係る賃金が一部減額して支給されている場合、その計算方法 基本給30万円 1日当たり賃金 30万円÷30日 = 1万円 欠勤控除(13日分) 1万円×50%×13日 = 6万5千円
	手当の名称	金額	金額	金額	
	給与	235,000 円	円	円	
	通勤手当	20,000 円	円	円	
		円	円	円	
	合 計	255,000 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。 令和 △△年△△ 月 △△ 日 所在地 東京都千代田区祝田町 1-1 事業所 名称 八重洲建設株式会社 事業主 氏名 取締役社長 夏川一郎					

◎無期雇用の場合は「無期」を、有期雇用の場合は「有期」を○で囲んでください。（「有期」の場合、括弧内に雇用期間終了年月日を記入してください。）

◎就業規則又は雇用契約書に欠勤・休職に係る規定がない場合は「なし」、規定がある場合は「あり」にチェックしてください。（「あり」の場合、規定する欠勤・休職期間を記入してください。）

◎申請書提出時における復職状況について、いずれかにチェックしてください。（復職（予定を含む。）している場合は、復職年月日を記入してください。）

◎賃金台帳の写しを添付した場合は「あり」、添付していない場合は「なし」にチェックしてください。（「あり」の場合、次の「賃金の内訳」欄の記入は不要です。「なし」の場合、括弧内に添付できない理由を記入してください。）

◎休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法を記入してください。

# 傷病手当金支給申請書の記入例（別紙）

◎医師に記入を依頼してください。

## 診療担当医師の意見書

患者氏名	竹田 誠		生年月日	⑤ 昭 7 平	△△年△△月△△日											
傷病名	急性虫垂炎	診療開始年月日	令和△△年 9月 10日		転帰	治療・中止・繰越・転医										
		発病又は負傷の原因														
診療実日数 <small>診療日を○で囲んでください。</small>	令和△△年 9月 (計 12日)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮
	令和 年 月 (計 日)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
就労不能と認められた期間 (入院期間)	令和△△年 9月 10日 から 令和△△年 9月 30日まで 21日間 (令和△△年 9月 10日 から 令和△△年 9月 19日まで 10日間)															
主たる症状及び経過、治療内容、検査結果等	9月10日虫垂炎切除術を実施。経過良好のため 9月19日退院する。以後2週間程度の加療を要した。															
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	術後、傷口の安定のための安静が必要なため 労務不能と判断した。															
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 オ 人工透析	イ 人工関節 カ その他( )	ウ 人工骨頭	エ 心臓ペースメーカー											
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		東京都中央区京橋1-6														
医師		医療機関等 名称 氏名 電話番号					京橋中央病院 外科部長 菊池達雄 ( 03 ) 5778 - 7799									

◎診療年月及び診療実日数をご記入のうえ、診療日を○で囲んでください。

◎左記の傷病の診療開始年月日を記入してください。

◎治療期間ではなく、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記入してください。  
また、下欄の日付（証明年月日）より前の期間を記入してください。

◎できる限り詳しく記入してください。