

【メール提出不可】

記入例

傷病手当金申請書(第 回)

被保険者の記入するところ	被保険者等記号・番号	Global ID	被保険者の氏名	生年月日
	99-9999	1234567	厚生 春雄	〇〇 年 〇月 〇日
	発病又は負傷の年月日	傷病名	負傷の原因(外傷性の場合)	
	〇〇年 〇月 〇日	鎖骨骨折	私用に買い物に外出中、道路で転倒し、左肩を強打した。	
			第三者行為によるものですか	はい・いいえ
				受けた・受けない
	労務不能期間	左記期間中報酬を受けたか		
	自 令和4年 3月 6日	報酬を受けたとき又は受け得るときはその期間・額	自 〇〇年 〇月 〇日	
	至 令和4年 3月 24日	19日間	至 〇〇年 〇月 〇日 〇〇〇〇円	
	※労務不能期間中に病院に入院したときはその名称、所在地、入院年月日を記入してください。			
	名称 所在地 入院年月日: 年 月 日			
	老齢年金・同一疾病による障害年金・雇用保険等の受給の有無、種類について該当するものに○をしてください。			
	有・無・請求中 (種類) 老齢年金・障害年金・雇用保険			
	※老齢年金・障害年金等に○印の方のみ記入してください。			
	受給額: 年額 円 受給開始日: 年 月 日			
障害年金等受給のときの対象病名				
労災保険から休業補償給付の受給について該当するものに○をしてください。「有」「請求中」の場合は労働基準監督署を記入してください。				
有・無・請求中 労働基準監督署				
本件給付を上記のとおり申請いたします。 請求者 住所 東京都品川区〇-△-×				
在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。(※) 氏名 厚生 春雄				
〇〇年 〇月 〇日				
AIG健康保険組合理事長殿 電話 03(〇〇〇〇)××××				
(※)給付金は、毎月末日健保受付締め切り、翌々月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌々月20日登録口座へ振込)				
事業主の証明	自 年 月 日	ことを証明します。		
	至 年 月 日	年 月 日		
	報酬を支給した(すべき)期間及び金額は	請求期間の一部でも在籍期間と重なる場合は、必ず会社の社会保険担当部署の証明が必要です。記入は提出先のヒューマン・リソース・パートナーズで行います。退職期間の申請の場合は記入不要。		
	自 年 月 日			
	至 年 月 日			
※詳細は別添出勤簿・給与明細の通り。				
医師の記入するところ	傷病名	発病・負傷の原因	発病・負傷の年月日	療養給付開始年月日
	鎖骨骨折	左肩部強打	〇〇年 〇月 〇日	〇〇年 〇月 〇日
	労務不能と認めた期間	診療実日数	左記期間中入院期間があればその期間	
	自 令和4年 3月 6日		年 月 日	
	至 令和4年 3月 24日		年 月 日	
	(19 日間)			
	傷病の主症状及び経過概要並びに支給決定上の参考事項			
	鎖骨を骨折し、3/5初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。			
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 〇〇年 〇月 〇日			
	医療機関(所在地)〒〇〇〇-〇〇〇〇			
(名称) 東京都品川区△△1-1				
(医師名) 保険 五郎				
電話 03(△△△△)△△△△				

〔注意事項〕1. 暦月(1日から月末)1ヶ月ごとに区切って請求してください。(申請不可)

2. 提出先は(社)ヒューマン・リソース 添付してください。(但し、申請期間 押印を忘れずに! 誓約書を 送付してください。)

3. 老齢厚生年金、障害厚生年金等を受給している方は、年金支払通知書の写しを添付してください。
(国民年金・厚生年金の額が傷病手当金の額を下回るときは、その差額が支給されます。)

受付印

2024/12

記入例

第1回目申請時のみ提出してください

〇〇 年 〇 月 〇 日

AIG健康保険組合
理事長 殿

氏名(自署)

厚生 春雄

氏名欄は自署し
てください！

東京都品川区〇ー△ー□

誓 約 書

この度傷病手当金を請求するにあたり、次の事項を確約するとともに万一違反のありましたときは、法第119～121条により支給の一部又は全部を停止されても異議ないことを約します。

1. 請求に際しては医師の意見を付した規定の請求を1ヶ月毎に提出し、複数月分を一括請求するなどいたしません。
2. 傷病による労務不能につき雇用保険の適用は受けておりません。
3. 傷病手当金受給中に、労務の対象としての報酬はいかなるものも受けておりません。
4. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金の支給が決定したときは遅滞なく通知します。
5. 負傷、疾病の症状、労務不能の判定につき貴組合において調査が必要な時は直接診療機関等に調査、照会されることに同意します。
6. 前号の調査結果、貴組合において公的医療機関での検査、治療等を指示された場合は異議なく従います。
7. 貴組合が必要と認めた場合、関係先に照会されても異議ありません。

以上

【参考:健康保険法】

第59条

保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者(当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。)に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第119条

保険者は、被保険者又は被保険者であった者が、正当な理由なしに療養に関する指示に従わないときは、保険給付の一部を行わないことができる。

第120条

保険者は、偽りその他不正の行為により保険給付を受け、又は受けようとした者に対して、六月以内の期間を定め、その者に支給すべき傷病手当金又は出産手当金の全部又は一部を支給しない旨の決定をすることができる。ただし、偽りその他不正の行為があった日から一年を経過したときは、この限りでない。

第121条

保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。