

【日本生命用】傷病手当金請求書

記号・番号は[マイナポータル]アプリでご確認ください

※請求書の(2-2)と両面印刷のうえご請求願います

2-1

被保険者記入欄	記号	番号	所属名		
	フリガナ		部・室 支社・推進室	G 営業部	
	被保険者氏名		生年月日	S・H 年 月 日	
	傷病名		今回請求が何回目の申請か、 <input checked="" type="checkbox"/> 点チェック	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 2回目以降	
	疾病または負傷の療養をするため休んだ当月の期間(請求期間)	R 年 月 日 から R 年 月 日まで (日間)			
	体調の回復に向けた、医師の指導に基づく上記期間の療養状況(<input checked="" type="checkbox"/> 点チェック)	受診と治療の内容 左記の【注意】をご確認ください <input type="checkbox"/> 受診のみ <input type="checkbox"/> 受診と服薬 <input type="checkbox"/> 受診なし服薬のみ <input type="checkbox"/> その他() 治療の内容			
	【注意】 薬を処方されている場合、傷病手当金請求月に処方された薬の「処方薬剤明細書(説明書)」または「お薬手帳」のコピーを必ず添付してください。 処方した病院名または医師名記載のあるもの	薬を処方されている場合、医師の指示通り服用していますか？ <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 時々服用している(理由:) <input type="checkbox"/> 服用していない(理由:)			
		どのような療養指導を受けているか、具体的にご記入ください []			
	発病または傷病の原因	1. 労災(業務上災害・通勤災害) 4. 交通事故以外の第三者行為による負傷 2. 交通事故(相手方がいる事故) 5. 1~4以外の傷病(外傷性の場合は原因を記入) 3. 交通事故(自損) []			
	【初回のみ】 日本生命健康保険組合に加入前の健康保険を記入してください(<input checked="" type="checkbox"/> 点チェック)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (都道府県名:) <input type="checkbox"/> 国民健康保険	企業名(勤務先)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
今回、傷病手当金を請求の傷病名により、障害年金・障害手当金を受給していますか	はい・いいえ・申請予定			「はい」の場合は、年金通知書(写)を添付してください	

同意書

下記事項に同意のうえ、健康保険法による傷病手当金の請求を行います。また、給付金の受領を事業主に委任します。(確認のうえ、点チェックをしてください)

- 健康保険法第59条、60条に準拠し、日本生命健康保険組合が過去の給付履歴や記入内容によっては、事業主・医師・全国健康保険協会、または他の関係する保険者等に照会すること。
- 医師への照会の結果、医師の指示に基づく療養が行われていない場合等、組合員の復職に向けた適切な療養指導等のフォローを実施するため、照会結果を事業主と共有すること。

住所 (〒 -) R 年 月 日
 電話 ()
 被保険者 _____
 氏名

《注意》 ご記入いただいた個人情報は当該の利用目的以外には使用しません。記載内容について、後日虚偽・誤記載が判明した場合、医師の指示に基づく療養が行われていない場合やアルバイト・パート等に就いていること等が判明した場合は不支給となること、支給した金額を還付請求することがあります。支給にあたっては内容審査を実施(内容審査については、別紙「傷病手当金のご請求前に必ずご確認ください」を参照してください)

事業主証明欄	被保険者氏名	資格取得年月日	S・H・R 年 月 日	
		資格喪失年月日	R 年 月 日	
	当傷病による欠勤開始日	H・R 年 月 日		
	労務に服さなかった 当月の期間(請求期間)	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (日間)		
	今回請求の傷病原因は業務上の災害(労災)によるものですか	はい・いいえ	労務に服さなかった期間の給与はありますか	はい・いいえ
	翌月給与明細添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [①欠勤控除 ②傷病補給金・再出勤後保障 ③前月精算・その他支給金 いずれも対象外のため]		
請求内容について相違ないことを証明します。		R 年 月 日		
住所				
事業主氏名				

(事業主証明欄注意)

1. 欠勤開始対象月および請求月の出勤簿(写)を添付してください。但し2回目以降の請求は請求月のみで可。
2. 請求月当月および翌月の給与明細(写)を添付してください。傷病補給金・再出勤後保障手当が支給されている場合、前月精算・その他支給金がある場合は、請求月の支給であることが分かる明細(支払精算通知書・傷病補給金支給リスト等)も添付。

医師の意見欄 (療養を担当した医師が記入する)	被保険者氏名 (患者氏名)	労務不能の傷病名	結核性疾患の場合、レ点チェック <input type="checkbox"/>		
	発病または負傷年月日	H・R 年 月 日	当傷病での初診日	H・R 年 月 日	
	労務不能と認めた 当月の期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (日間)			当月の診療実日数
	上の期間中に 入院した場合の期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (日間)			日間
	労務不能と認めた期間の 傷病の主症状を詳しく記入	※患者の状態を検査結果・投薬状況や医学的所見などと合わせて詳しくご記入ください			
	当月の診療実日数が 0日だった場合	※診療日数が0日ですが、労務不能と判断された理由を詳しくご記入ください			
	療養開始から2ヵ月目 以降のときは、前月との 症状の比較概要				
	療養指導内容、今後の 治療計画を詳しく記入	※今後の治療計画については、投薬状況、通院指導をされている場合は頻度、指導なしの場合はその理由を合わせてご記入ください(当手当は、体調回復に向けた積極的治療を支援する制度です)			
	就労見込み状況 1, 2どちらかに必ず〇印	1. 就労可能の見込み(R 年 月頃から) 2. 現時点では不明			
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。		R 年 月 日		
医療機関所在地					
医療機関名称		電話 ()			
担当医師氏名					

(医師証明欄注意)

1. 請求書は症状の変化に伴う労務不能状態を明らかにするため、数ヵ月分をまとめることなく1ヵ月単位で記入ください。
2. 記入内容について、後日健康保険組合から、より詳細にお伺いすることがありますので、その際はご協力をお願いします。
3. 記入内容を修正した場合は、修正箇所には訂正印または訂正署名が必要です。

傷病手当金のご請求前に必ずご確認ください

目的	業務外の病気やけがで被保険者が療養のために続けて3日以上仕事を休み、給与が受けられないときなどに申請する手続き。(労災でのけがや病気は対象外)
支給条件	<p>1. 業務外の病気やけがで療養中であること。</p> <p>2. 連続で3日以上仕事を休んでいること。 仕事に就くことができなくなってから休んだ日が連続して3日以上あり、4日目から支給対象。休み始めの3日間は「待期間」と言い、<u>傷病手当金の支給対象外</u>。</p> <p>3. 請求期間について医師が労務不能と認めていること。</p> <p>4. 給与の額が傷病手当金の額未満であること。 請求書を提出されても、医師の指示にもとづく療養状況を総合的に判断し支給可否判断を行うため、不支給となる場合もある。下記「※1内容審査」を参照。</p>
支給期間	支給日より支給条件を満たしている日について支給。(通算して1年6か月に達するまで)
支給額	<p>1日につき支給開始日の属する月以前の直近の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2相当額。</p> <p>ただし、支給開始月以前に標準報酬月額が定められている月が12か月継続していない場合は、次のいずれか少ない額の3分の2に相当する額。</p> <p>①支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額</p> <p>②支給開始日の属する年度の前年度の9月末における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額を報酬月額とみなしたときの標準報酬月額の30分の1に相当する額</p> <p>【注意】 給与、同一の傷病等による障害年金または障害手当金、老齢年金、第三者行為による相手方(保険会社含む)からの休業補償、出産手当金等の給付がある場合、傷病手当金の支給は無い。 (傷病手当金の支給額が上回っている場合はその差額を支給) 年金・休業補償等受給に至った場合は、速やかに連絡すること。労基署等へ受給状況の確認を行うこともある。</p>
内容審査 支給日 支給方法	<p>(1) 健保組合に書類到着後、支給可否について健康保険法に基づき内容審査(※1)を実施。</p> <p>(2) 毎月10日までの到着分で、(1)で支給妥当と判断した申請については、原則翌月給与処理(※2)にて支給。(不備のない場合)</p> <p>※1内容審査…疾病・負傷の症状、医療機関への受診(投薬)状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、傷病手当金請求書の医師意見欄だけでは支給可否が判断できない場合には、診療報酬明細書(レセプト)の確認、医師、前保険者等に照会。事業主から追加情報があった場合にはそれも踏まえて内容審査を実施。内容審査には時間がかかるため2か月程度支給が遅れる場合がある。また、医師から通院の指示が出されているにもかかわらず指示通り受診していない場合、医師が薬による治療を必要とし処方箋が交付されているにもかかわらず、薬を購入せず服薬していない等、治療に専念していない場合あるいはアルバイト・パート等に従事していることが判明した場合は、傷病手当金が支給されないこともある。</p> <p>※2グループ会社職員はグループ会社経由、退職者は退職時の所属経由、任意継続被保険者は任意継続登録口座へ支給</p>

【資格喪失後の給付について】

被保険者期間が1年以上※あったものが傷病手当金を受給している間に資格喪失し、継続して労務不能と認められる場合は通算して1年6か月を限度に受給することができる。被保険者期間が1年未満であるものが傷病手当金を受給している間に資格喪失したときは、退社日までの支給となる。

※前健保の資格喪失後1日の間も空けずに日本生命健康保険組合の被保険者となった場合は通算可。ただし国民健康保険、共済組合、任意継続被保険者の期間を除く。

