

※請求書は、原則1か月ごとに用紙を分けてください。

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書【退職者用】

(第 回目)

年 月 日 請求

被保険者等 記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケンポ	タロウ
	●●	●●●●	被保険者氏名 (自署)	健保 太郎	
住 所 電話番号	〒 (●●● - ●●●●) 東京都千代田区永田町 ●-●-●		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	51 年 1 月 2 日生
			日中連絡可能な電話番号: ●●● (●●●●●) メールアドレス:		
被保険者の 業務の種類	営業	会社名	●●生命保険株式会社		
		支社・チーム名	●●支社		
傷 病 名	適応障害		発病・負傷日	年 月 日	
			療養開始日	年 月 日	
発病または 負傷の原因	※明確な発病または負傷の原因がない場合に限り「不詳」とご記入ください 大きなプロジェクトや家庭の問題による過度のストレス				
傷病による症状・ 医師の指導に 基づく請求期間の 療養状況	具体的な症状 [眠れない、人が多い場所に行けない、通勤電車に乗ることができない]				
	受診と治療の内容 <input type="checkbox"/> 受診のみ <input checked="" type="checkbox"/> 受診と服薬 <input type="checkbox"/> 受診なし服薬のみ <input type="checkbox"/> その他 ()				
労働に服することが できなかった期間 (請求期間)	(原則として1ヶ月単位で申請してください) 2024 年 12 月 16 日から 2025 年 1 月 15 日まで (31 日間)				
請求期間分の報酬を受けましたか、 また受けられますか*	<input type="checkbox"/> 受けた ()				障害や老齢を事由とする年金を受給中、 または受給申請中の場合ご記入ください。
④障害厚生年金・障害手当金を 受給していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求予定	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求予定			
⑤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	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求予定	⑤で「はい」「請求予定」の 場合 受給開始日・金額を ご記入ください		年 月 日	円
同意書					
ブルデンシャル健康保険組合御中 私は傷病手当金請求に際して、以下のことに同意します。 1. 貴健保組合が必要な事実確認のために、私が提出した申請書の記載内容に基づいて、私の資格取得前の健康保険加入先、受診医療機関及び医師、調剤薬局、事業主、産業医、損害保険会社等に対して診療内容や勤務状況、給付履歴等に関する照会を行い、当該者が照会に対する回答をし、その提供を受けること 2. 貴健康保険組合が照会先に当同意書(写)を提示すること					
署名日: ●●●● 年 ● 月 ● 日 被保険者氏名(自署): 健保 太郎					
《第1回目請求時にご記入ください》	ここから下の欄は、2回目以降の請求の際、記入不要です。				
	プルデンシャル健保組 に加入前の健康保険 について記入してくだ さい(□に✓チェック)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 当健保加入前に傷病	正業名(勤務元) (都道府県名:) [] 当組合加入前の保険者へ照会する場合がございます		
	業務上または通勤途 上の疾病・負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	業務上や第三者行為等の場合には、原則は、健保組合から傷病手当 金の支給ではなく、被害者が加害者である第三者へ請求(労災申請 等)をしていただくこととなります		
	第三者行為(交通事故 等)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	健康保険から支給されず、被害者等から加害者への請求となります		
振込先口座 (銀行)	金融機関名	支店名	口座番号	被保険者口座名義 カタカナでご記入ください	
2回目以降は記入不要です。初回に記入された口座に振り込みます。 口座を変更したい場合は、健保組合へご連絡ください。					

《注意》ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外に使用いたしません。上記に記載した内容について、後日、虚偽および誤記載であることが判明した場合、遡って支給した金額を返還請求いたします。記載誤りや漏れがないよう再度確認してください。 P 健-9B-1 (2024.12)

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。(業務が原因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「待機期間」と言い、傷病手当金の支給対象外。</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・報酬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を決定するため、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ヵ月に達するまで)
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ヵ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。ただし、支給開始日以前に標準報酬月額が定められている月が12ヵ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。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 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>当組合では、付加金があり、休業1日につき直近 12ヵ月間の標準報酬月額平均額 ÷ 30 × 20%相当額となります。</p> <p>支給の条件</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ありません。(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、速やかに連絡してください。労基署等へ受給状況の確認を行うこともあります。●対象期間の報酬の全部又は一部を受けたとき(又は受けることができるとき)の報酬額及び期間は、賃金台帳(写)等で確認させていただきます。</p>
請求期間	<p>「労務に服することができなかった期間」は、原則、1ヵ月単位で請求してください。 職種によって請求単位月が変わります。</p> <p>例: <POJの場合> ◆キャリア LP、所長、支社長 ○月 16日～○月 15日 ◆TAP 中 LP、内勤社員 月初～月末</p> <p>・上記は基本例となります。記入時は実際の労務不能の日付をご記入ください。 ・数ヵ月分をまとめて請求された場合、※1内容審査(質問書を送付等)いたします。 ・請求期間にかかる賞与が発生する可能性がある場合、賞与額確定後の支給となるため、支給決定に時間がかかることがあります。</p>
※1 内容審査	<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。 (2) 健保組合に書類到着後 (1)で支給妥当と判断した申請について支給する。(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。内容審査には時間がかかるため、支給が数ヵ月遅れる場合があります。</p> <p>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状況が見受けられた場合は、傷病手当金が支給されないことがあります。</p>
<提出前に最終確認をしてください>	
<p>※請求書の「被保険者が記入するところ」に記入漏れはありませんか? 記入漏れがあると支給が遅れることがあります。 ※「医師が記載するところ」は、主治医等に漏れなく記入してもらっていますか?【健康保険法規則第84条第2項】(診断書での代用は不可)</p> <p>(生年月日、名前の間違いが散見されます。もう一度確認をお願いします)</p> <p>※訂正がある場合、訂正された箇所には訂正の署名または訂正印を押していますか。「医師が記載するところ」を訂正する場合は医師の署名または訂正印が必要となります。</p>	
<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ヵ月を限度に受給することができます。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ります。</p> <p>※当組合加入前、健康保険の被保険者であった期間が1日も空けずに継続していれば通算可。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きます。</p>	