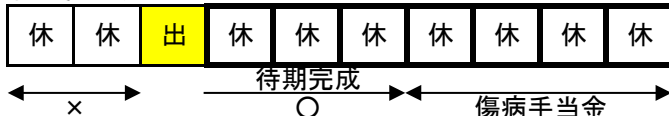


＜傷病手当金の支給要件＞

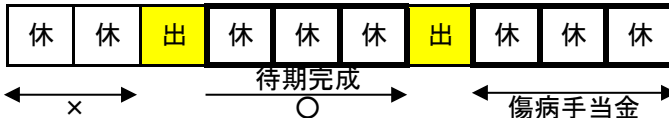
被保険者が療養のため仕事を休み給与を受けられないなど、次の4つの条件を満たしたときは、傷病手当金が支給されます。

- ①病気やけがで療養中であること…自宅療養や健康保険を使わず自費で診療を受けていても構いません。ただし、健康保険で診療を受けられない美容整形などは支給されません。
- ②仕事に就けないこと(労務不能)…今までやっていた仕事につけない場合をいいます。今までより軽い仕事についたり、医師の指示で半日出勤するような場合は、労務不能とは認められません。
- ③4日以上仕事を休むこと…療養のために仕事を休んだ日が連続して3日間(待期)あったうえで、4日以上休んだ場合に、4日目から支給が開始されます。
- ④給料を受けられないこと…給料を受けていても傷病手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。

例:その1)



例:その2)



休業1日につき「直近の継続した12か月の標準報酬月額」の平均の30分の1の3分の2相当額が、支給開始から1年6ヶ月以内で、支給要件を満たした期間について支給されます。

※傷病手当金を受けられる期間(1年6ヶ月)が残っていても、①厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金、②退職後、老齢厚生年金等を受けられるようになると、傷病手当金はうち切られます。ただし、障害厚生年金(同時に障害基礎年金を受けられるときはその合算額)や老齢厚生年金等の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されるなどの調整が行われます。

＜記入上の注意＞

1. 3・6・9・20の欄は、該当箇所をマル(○)で囲んでください。
9の発病時がはっきりしない場合は、判明した状況を余白に記入して下さい。
2. 4の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
3. 8の欄は、単に事務員、営業と記入ことなく、「経理担当事務員」「電話での勧誘」等具体的に記入してください。
4. 11の欄で【はい】と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当健保にお問合せください。(「第三者の行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回時のみの提出となります。)
5. 13の欄、14の欄で【はい】に○をつけた方は、『年金証書またはこれに準ずる書類の写し』を添付してください。
6. 15の欄で【はい】に○をつけた方は、老人保健医療受給者証または介護保険被保険者証の写しを添付してください。
7. 16の欄で【はい】に○をつけた方は、『休業補償給付支給決定通知書の写し』を添付してください。
8. 17の欄で【はい】に○をつけた方は、別途『傷病手当の申請に関する証明書』を提出してください。
9. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。なお、被保険者および受取代理人の欄の④は必ず押してください。
10. 給付金と給与立替金(社会保険料や税金等)の相殺を会社へ委任するときは、19受取代理人の欄の被保険者(申請者)に住所・氏名・捺印し、委任者と代理人の関係の欄に「労使関係」と記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受取代理人に委任します。	平成 年 月
	被保険者(申請者) 住所 氏名	
	代理人の住所 氏名(印)	
	委任者と代理人との関係	

※支払金融機関の欄は空白で結構です。
※給与立替金より給付金の方が多く場合は、会社より差額が支払われます。

11. 振込先は、銀行・信用金庫およびゆうちょ銀行のみの取扱いです。

※支給期間が長引く場合、こちらから日常生活状況に関する質問をさせて頂くことがあります。

※連絡先は、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

※雇用保険受給者で延長申請をされている方は、通知書の写しを添付してください。

※複数回にわたって申請される方は、原本をコピーしてお使いください。(但し、縮小不可)

※各種現金給付の支払日について

◎給付金の支払日は、申請書が健保に到着した日(人事課が事業主証明欄に記入し必要書類を添付して健保に提出した日)により概ね次のように処理します。

10日までに到着…当月15日に支払

20日までに到着…当月25日に支払

月末までに到着…翌月5日に支払

★給与明細の確定時期>>>正社員:翌月の25日以降

正社員以外:翌々月の25日以降

○お問合せ先

アイフル健康保険組合

〒600-8420

京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1

内線:1697 外線:075-353-0211 FAX:075-371-2121

20160401

健康保険傷病手当金支給申請書(第 回) B 4版 (縮小不可)

201003

被保険者証の記号・番号		3 生 年 月 日		4 被保険者(請求者)氏名と印	
1 記号	2 番号	3 : 大 5 : 昭 7 : 平	年	月	日 (フリガナ)
5 社員コード		7 事業所(勤務先)の名称・所属名			
6 雇用の形態		8 あなたのしていた仕事の内容			
7. 役員 ウ. 嘱託		イ. 正社員 エ. 契約社員			
9 発病時の状況をくわしく					
①いつ 【平成 年 月 日 曜日、 (午前・午後) 時頃】					
②どこで 【ア. 自宅 イ. 勤務時間中 ウ. 外出中(私用・仕事) エ. その他 (
③どんな用事で何をしているときに					
私用() 通勤の行き帰り 仕事()					
④原因で次にあてはまる場合がありますか 【相手 ア. 無 イ. 有 (被害者・加害者)】					
交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場の行事・職場の行事以外)・動物による負傷(飼い主:有・無)					
10 傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間(申請期間)					
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで					
11 傷病の原因は第三者行為によるものですか (※交通事故や暴力行為による負傷など)				はい	いいえ
12 傷病は通勤災害、または業務災害(業務上の事由によるもの)ですか				はい	いいえ
13 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか				はい	いいえ 請求中
14 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか				はい	いいえ 請求中
15 老人保健の医療又は介護保険のサービスを受けましたか				はい	いいえ 申請中
16 労災保険から休業補償給付を受けている間の請求ですか				はい	いいえ 労災請求中
17 アイフル健保に入る以前に同様の傷病で手当金を受けたことがありますか				はい	いいえ
18 被保険者住所		〒 - 連絡先:() -			
19 受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	被保険者(申請者)	住所	平成 年 月 日	氏名	Ⓜ
	代理人の住所	氏名(フリガナ)			Ⓜ
委任者と代理人との関係					
20 支払金融機関の欄 ※口座名義人は被保険者(請求者)本人又は代理人に限る。					
銀行 信用金庫		本店 支店	普通 当座	(口座番号)	

◎ ◎ 添付書類等については別紙に掲載しております。必ずご覧ください。

◎ ◎ 雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

2 療養を担当した医師の意見欄	傷病名欄	主傷病(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	H 年 月 日 発病・負傷
		(2)		(2) 年 月 日	(原因)
	ア 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	左の診療実日数	日
	上記ア欄中の入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	入院費の別	健保・自費 公費・その他
	転帰	治ゆ 繰越 中止	退院年月日	平成 年 月 日	
	イ 上記期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく楷書で)				
	ウ 症状の経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見(詳しく楷書で)				
	エ 今後の見通し				
	オ 下記に該当する事項がありましたら、○印をつけてください。 1.人工透析 2.人工肛門 3.心臓ペースメーカー・人工弁 4.人工関節・人工骨頭 5.人工膀胱・尿路変更 6.その他 上記のとおり相違ないことを証明します。				
	医療機関所在地:〒	-	平成 年 月 日	TEL () -	
	名称				
	担当医師氏名				Ⓜ

3 事業主の証明欄	カ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	左の期間中の報酬について ・支給した ・一部支給した ・支給していない ・支給する ・一部支給する ・支給しない
	給与の種類(○で囲んでください。)		月給・日給・日給月給・時間給・歩合給	
	被保険者に毎月(毎日)決まって支給する報酬(固定的賃金額) 基本給 通勤手当・月額 通勤手当・日額 家族手当 住宅手当 「 () 円」 () 円 () 円 () 円 () 円 () 円 () 円			
上記「カ 労務に服さなかった期間」中の報酬の支給方法について該当するものに○印をつけてください。 1. 基本給及び諸手当とも控除(一部)する。 3. 基本給は全額支給し、諸手当を控除(一部)する。 2. 基本給のみ控除(一部)し、諸手当を全額支給する。 4. その他(理由:)				
	カ欄の期間中における就労状況及び報酬の支払状況については別添の書類に記載 上記のとおり相違ないことを証明します。			
	平成 年 月 日			
	事業所の所在地	事業所の名称	事業主の氏名	Ⓜ (担当者)

【記入上の注意】

- 1 記入欄は該当しない項目以外全て記入して下さい。記入すべき事項が未記入の場合、お返すことがあります。
 - 2 この請求書は原則として事業主証明が必要ですので、人事部人事課を経由し、提出して下さい。
- 問合せ先: 京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1 内線:1697 外線:075-353-0211 アイフル健康保険組合