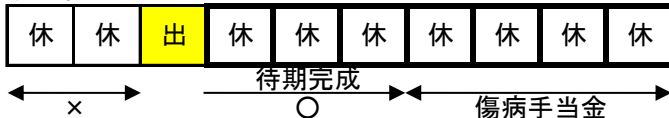


＜傷病手当金の支給要件＞

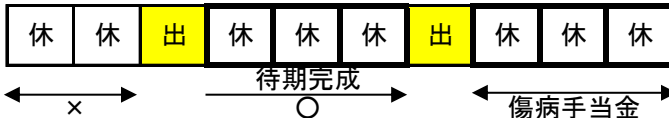
被保険者が療養のため仕事を休み給与を受けられないなど、次の4つの条件を満たしたときは、傷病手当金が支給されます。

- 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(O)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O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O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O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O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印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。

※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。

※初回申請時は「同意書」を必ず添付してください。

※毎回の申請時に「日常生活(療養)状況に関する質問」と医療機関の領収書コピーを同封してください。

※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)

※必要な書類が揃っていない場合、給付金は支給できません。

◎傷病手当金申請書は人事部にて給与確定後、事業主証明を行い健保に提出されます。

その後、健保にて医療機関受診等の支給審査を行い、支給決定した日より概ね次のように処理します。

10日までに決定…その月の15日に支払

※給与明細の確定時期…正社員:翌月の25日以降

20日までに決定…その月の25日に支払

正社員以外:翌々月の25日以降

月末までに決定…その翌月の5日に支払

※支給日が休日の場合は翌営業日の支給となります。

○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

TEL:075-353-0211 FAX:075-371-2121

同意書

アイフル健康保険組合
理事長 神代 顕彰 様

私は、アイフル健康保険組合が傷病手当金の審査を行うにあたり、必要に応じて関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録などの照会および情報集を行うこと、また関係機関がアイフル健康保険組合の照会に対して回答することについて同意いたします。

なお、本書の写しも有効とします。

年 月 日

住 所

氏 名

日常生活(療養)状況に関する質問

この質問書は健康保険法第59条(※1)に基づき提出をお願いしています。

- 傷病手当金の支給審査のため**毎回添付が必要です。必要に応じてコピーしていただき**下記事項に漏れなくご記入ください。
- 申請期間中に受診した病院・薬局等の医療機関の領収書コピーを添付してください。
- 虚偽申告の場合は同第120条(※2)により、添付・記入漏れの場合は同第121条(※3)により傷病手当金の支給ができません。

申請者(記入者)について		記入日: _____年 ____月 ____日	
被保険者証の記号番号	-	確認欄	自署の場合は押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は☑)
被保険者氏名		<input type="checkbox"/>	
勤務先の状況 (請求期間時)	事業所名		
	所属		
傷病手当金申請時点の業務内容を具体的に記入してください。	職種		
	業務内容		

療養状況	申請期間	年	月	日	～	年	月	日	について
1 傷病名									
2 通院先	医院(病院名)								
	所在地								
	担当医師名								
3 通院状況 (回数を記載)	<input type="checkbox"/> 入院中								
	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ()回/週 <input type="checkbox"/> ()回/月 <input type="checkbox"/> ()ヶ月に()回 <input type="checkbox"/> その他()							
受診状況	<input type="checkbox"/> 1 診察のみ <input type="checkbox"/> 2 投薬のみ <input type="checkbox"/> 3 診察と投薬								
4 ※投薬がある場合は処方箋説明書・処方箋内容等、薬を購入した際に領収書と一緒に渡された書類またはお薬手帳をお持ちの場合は、その写し(コピー)を裏面に添付してください。	3に該当する場合、お薬の服薬についてお伺いします。								
	1日 _____回 朝・昼・晩・就寝前 1日 _____錠								
5 受診日	<input type="checkbox"/> ご自身の都合の良い日に受診 <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら受診 <input type="checkbox"/> 医師に指示された日に受診 <input type="checkbox"/> その他()								
6 治療内容、医師からの指示・注意事項をご記入ください。									
7 現在のお体の調子(自覚症状等)と、業務にどのような支障があつて働くことができなかつたのかを詳しくご記入ください。	(詳しくご記入下さい)								

被保険者氏名

8 症状の経過 (該当する番号○)	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わっていない <input type="checkbox"/> その他()
9 いつ頃から職務に就くことができそうですか	<input type="checkbox"/> 年 月ごろ [月 日より就労(予定)] <input type="checkbox"/> 見通しがたたない

日常生活について

1 申請期間中	<input type="checkbox"/> 一日中横になっていた <input type="checkbox"/> 近所への散歩・外出、身の回りのことは出来た <input type="checkbox"/> 通院以外、一日中家の中に居た <input type="checkbox"/> 身の回りの事は出来たが、一日()時間位横になっていた <input type="checkbox"/> 普段の日常生活ができています <input type="checkbox"/> 仕事・アルバイトをしている <input type="checkbox"/> 転職活動を行っている					
2 就労の有無	<input type="checkbox"/> 就労している <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>・ 申請前の勤務先で就労</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">いつから</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">業務内容</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 申請前の勤務先とは相違する就労 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>いつから</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">業務内容</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 就労していない	・ 申請前の勤務先で就労	いつから	業務内容	いつから	業務内容
・ 申請前の勤務先で就労						
いつから						
業務内容						
いつから						
業務内容						

退職した方について

1 現在加入の健康保険	<input type="checkbox"/> アイフル健康保険組合任意継続 <input type="checkbox"/> 他健康保険組合(本人 ・ 家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(本人 ・ 家族) <input type="checkbox"/> その他()
雇用保険(失業保険) (該当する番号○) ※2.3.4該当者は期間をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1 手続きは何もしていない <input type="checkbox"/> 2 申請して受け取っている 受給期間(~) <input type="checkbox"/> 3 申請したが受け取っていない 申請期間(~) <input type="checkbox"/> 4 療養の為延長申請をしている 申請期間(~)

《健康保険法 参考条文》

(※1) 第59条(文書の提出等) 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もしくは提示を命じ、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。

(※2) 第120条 保険者は、偽りその他不正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、6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。

(※3) 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。

健康保険傷病手当金支給申請書(第 回) ※B4用紙に印刷してください

201904

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		
1 記号	2 番号	昭 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・連絡先					
		TEL :					
6 雇用の形態		8 あなたのしていた仕事の内容					
ア. 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【 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【 () 中 () 】							
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)							
令和 年 月 日 から 令和 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。							
令和 年 月 日							
被保険者住所		住所 氏名 (フリガナ) ①					
代理人の住所		住所 氏名(フリガナ) ①					
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		本店		普通		(口座番号)	
信用金庫		支店		当座			

※初

◎ ◎ 雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。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。

2 療養を担当した医師の意見欄	傷病名	主傷病(1)	診 始 療 した 開 日	(1) H・R 年 月 日	(2) H・R 年 月 日	(原因)
	療 養 期 間	労務不能と認められた期間	上記7欄中の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	左の診療実日数 日
3 事業主の証明欄	カ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 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 ・	給料締切日 日 締 ・ 給料支払日 日			
証明欄	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)					
	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。						
令和 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、お返しすることがあります。
- 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 TEL:075-353-0211 アイフル健康保険組合