

* 傷病手当金請求について *

【 条 件 】 傷病・負傷により3日以上連続して仕事を休み、4日目以降も休んだ日があること

【必要書類】 医師の証明・事業主（人事部）の証明（申請書へ証明）

在職の方は、
「勤怠データ」 記入例⑨ の初日の分～記入例⑨ の最終日までの分
「給与明細 控」 記入例⑨ の初日の1ヶ月前の分～記入例⑨ の最終日までの分

【支給額・期間】 標準報酬月額 \times 1/30 \times 2/3 を支給
(支給開始日から通算して1年6ヶ月に達するまで支給)
給与が支払われなかった日が支給対象です。

※ 受給者又は資格者が退職後（喪失後）も継続して受給できますが、
被保険者期間1年以上が必要となります。

注意：書類不備があった場合は、人事総務部経由でお戻し致します。
審査の状況により、追加で書類をお願いする場合や、支給日が遅れる場合があります。

【 提出順序 】 本人 ⇒ 支店 ⇒ 本社（人事総務部）

(記入解説)

2枚目「事業主が証明するところ」は人事部、「療養を担当した医師の意見」は病院が記載します。

1枚目

- ① 「健康保険被保険者証」上部に記載されている記号・番号をご記入ください。
- ② 被保険者の氏名をご記入ください。【 所属：勤務先の部署名 】
- ③ 「健康保険被保険者証」真中に記載されている資格取得日をご記入ください。
- ④ 被保険者の業務内容をご記入ください。（例）営業職、事務職、工務職
- ⑤ 発病または負傷の日をご記入ください。
- ⑥ 傷病名をご記入ください。
- ⑦ ⑥の原因をご記入ください。・・・原因が明らかでない場合は「不詳」とご記入ください。
- ⑧ 傷病手当金は、業務外の事由による病気・ケガのため療養中でなければ請求ができません。業務上の事由である場合は、労災保険の給付となります。
- ⑨ 傷病手当金を請求する期間をご記入ください。
- ⑩ 休んだ期間において報酬を受けられたか、該当するものを○で囲ってください。
- ⑪ 障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき。年金の種別の該当を○で囲い、年金金額・年金支給の事由となった傷病名・受けることとなった日付・障害年金を受けている場合には基礎年金番号をご記入ください。
- ⑫ 被保険者の住所・電話番号・氏名・記入日をご記入ください。
- ⑬ 退職後に請求される場合、ご記入ください。
- ⑭ 任意継続被保険者・資格喪失者の方で、老齢又は退職を事由とする公的年金の受給関係について該当のものを○で囲い、年金の名称、基礎年金番号及び年金コード又は記号番号・受給年月日・年金額をご記入ください。
- ⑮ 受領代理人払い、給与に加算給付をするので 委任状にご記入ください。
 - ・ 1行目空欄に「勤務する会社名」「提出する年月日」
 - ・ 2行目に、被保険者の住所
 - ・ 3行目に、被保険者の氏名

(記入例)

健康保険 傷病手当金請求書

(第 回目)

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|---------|-----------|-------|------------|----------------------|---|-----|---|----|
| 請求者の記入欄 | 被保険者証の記号 - 番号 | ① | 被保険者の氏名 | ② 【所属: 】 | | | | | | | |
| | 被保険者の資格を取得した年月日 | ③ | 年月日 | 被保険者の業務内容 | ④ | | | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | ⑤ | 年月日 | 傷病名 | ⑥ | | | | | | |
| | 発病の状態又は負傷の原因を詳しく | ⑦ | | | | | | | | | |
| | 労災保険に申請しますか | はい・いいえ・労災請求中 (⑧ 労働基準監督署) | | | | | | | | | |
| | 疾病又は負傷の療養をするため 休んだ期間 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日から | 平成・令和 | 年 | 月 | 日まで | ⑨ | 日間 |
| | 上記の期間の分の報酬を受けましたか、又は受けられますか | ⑩ 受けた・受けない・一部受けた・一部受けられない | | | | | | | | | |
| | 障害年金または、 障害手当金を受給 していますか | 年金の種別 | 障害 | ⑪ | 手当金 | 年金額 | 支給事由となった病名 | ⑪ | | | |
| | | 年金の受給開始日 | 年 | ⑪ | 月 | 日 | 障害年金を受けている場合は、基礎年金番号 | ⑪ | | | |
| | 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定にあたり、文化シヤッター健康保険組合が必要に応じ関係機関(医療機関や各種保険会社、人事総務部)に対して照会を行うこと、また関係機関がその照会に回答することに同意をした上で、下記のとおり請求します。 令和 年 月 日 被保険者 現住所: ⑫ 電話番号: () 【自署(入力不可)】 氏名: _____ | | | | | | | | | | |
| 退職後の請求時のみ振込先をご記入下さい(ゆうちょ銀行以外) 退職年月日: 平成 年 月 日 銀行名: 支店名: ⑬ (普通・当座) 口座 No.: _____ 振込先名義人(カタカナ): _____ () | | | | | | | | | | | |
| 任意継続被保険者 資格喪失の方 | 高齢又は退職を事由とする公的年金を受給しますか | | | | | はい・請求中・いいえ | | | | | |
| | 高齢(退職)年金の名称 | 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号 | | | 受給年月日 | 年金額 | | | | | |
| | | ⑭ | | | 年 月 日 | 円 | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 円 | | | | | | |

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 委任状 | 私は、_____ に傷病手当金の受領方を委任します。 令和 年 月 日 |
| | 被保険者 住所: _____ 氏名: _____ |
| | 受任者 住所: _____ 氏名: _____ |

受付日付印

⑮

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|---|---|---|----------|-----|---|---|-----------|-----------|
| 同年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 常務理事 | 事務長 | 係 | | | |
| 支給額 | | | | | | | | | | |
| 支給決 議書 | 支給 期間 | 年 | 月 | 日 | 入院 期間 | 年 | 月 | 日 | 法第 46条 | 該当 不該当 |

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

| | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------------------|-----|--------------------------|------------------------|----|--|
| 請求者の記入欄 | 被保険者証の 記号 - 番号 | — | | | 被保険者の 氏 名 | 【 所属： 】 | | |
| | 被保険者の資格を取得した年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | 被保険者の 業務内容 | | | |
| | 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日 | 平・令 年 月 日 | | | 傷 病 名 | (業務上 ・ 業務外) ○を付けて下さい | | |
| | 発病の状態又は負傷の 原因を詳しく | | | | | | | |
| | 労災保険に申請しますか | はい ・ いいえ ・ 労災請求中 (労働基準監督署) | | | | | | |
| | 疾病又は負傷の療養をするため 休んだ期間 | 平成・令和 年 月 日から | | | 平成・令和 年 月 日まで 日間 | | | |
| | 上記の期間の分の報酬を受けましたか、又は受けられますか | 受けた ・ 受けない ・ 一部受けた ・ 一部受けられない | | | | | | |
| | 障害年金または、 障害手当金を受給 していますか | 年金の種別 | 障害年金・障害手当金 | 年金額 | 円 | 支給事由と なった病名 | | |
| | | 年金の受給開始日 | 年 月 日 | | 障害年金を受けている 場合は、基礎年金番号 | | | |
| | 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定にあたり、文化シャッター健康保険組合が必要に応じ関係機関 (医療機関や各種保険会社、人事総務部) に対して照会を行うこと、また関係機関がその照会に回答することに同意をした上で、下記のとおり請求します。 | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 被保険者 現住所： 電話番号： () 【自署(入力不可)】氏名： | | | | | | | |
| | 退職後の請求時のみ振込先をご記入下さい (ゆうちょ銀行以外) 退職年月日： 平・令 年 月 日 銀行名： 支店名： (普通・当座) 口座 No. : 振込先名義人 (カタカナ) : () | | | | | | | |
| | 任意継続被保険者 資格喪失の方 | 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給しますか | | | はい ・ 請求中 ・ いいえ | | | |
| | | 老齢 (退職) 年金の名称 | 基礎年金番号及び年金 コード又は記号番号 | | 受給年月日 | 年 金 額 | | |
| | | | | | 年 月 日 | 円 | | |
| 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする為の添付書類が必要です) | | | | | | | 備考 | |

| | |
|-----|---|
| 委任状 | 私は、..... に傷病手当金の受領方を委任します。..... 令和 .. 年 .. 月 .. 日 |
| | 被保険者 住 所： 氏 名： |
| | 受任者 住 所： 氏 名： |

受付日付印

* 受領代理人払い、給与に加算給付をするので下記の委任状に記入してください。
 ※傷病手当金は、支給開始日より通算して1年6ヶ月に達する日で支給期間満了となり、満了日以降の請求は出来ません。

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|--|--|----------------------------------|----|----|----|----|---|
| 事業主の証明欄 | 労務に服さなかった日 (該当する日を○で囲む) | 年月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 | 計 | | | | | |
| | | | 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 | | | | | |
| | | 年月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 | 計 | | | | | |
| | | | 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 | | | | | |
| | 上記の期間中の分として支払う報酬関係 | 全額支給した場合 又は支給する場合 | 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで | | | | | | |
| | | | 令和 年 月 日から の分 (月 日支払) 月額 円 令和 年 月 日まで (締切日 日) 日額 円 | | | | | | |
| | | 一部支給した場合又は 支給する場合 (形態の欄は該当項目 を○で囲む) | 形態 | 月 額 ・ 日給月給 ・ 歩合給 ・ 請負給 ・ その他 () | | | | | |
| | | | 種類 ・ 月分 | 基本 | 役付 | 扶養 | 住宅 | 通勤 | 計 |
| | | | 月分 | | | | | | |
| | | | 月分 | | | | | | |
| 報酬を支給しないときは、その理由 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ない事を証明します。 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 事業所 所在地： | | | | | | | | | |
| 名称： | | | | | | | | | |
| 事業主 氏名： | | | | | | | | | |

R4. 7. 20

| | | | | | |
|---------------|---|--------------------------------|---------------|----------------------|----|
| 療養を担当した医師の意見欄 | 傷 病 名 | 傷病が結核性か否か | | 結核性・非結核性 | |
| | 発病又は負傷の原因 | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 平・令 年 月 日 | 療養の給付を開始した年月日 | 平・令 年 月 日 | |
| | 労務不能と認めた期間 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで | 日間 | 左記の診療実日数 | 日間 |
| | 傷病の主な状態および経過概要 | | | | |
| | 上記期間中に入院した期間がある場合、その期間 | 平成・令和 年 月 日から 年 月 日まで (日間) | 療養費の別 | 健保・自費・公費 ・その他 () | |
| | 上記のとおり相違ありません。 | 令和 年 月 日 | | | |
| | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 不正防止のため、医療機関の住所、 医療機関名の手書きは不可とします。 あらかじめ入力して印刷したのものも 不可とします。 </div> | 医療機関の住所： | | | |
| | | 医療機関名： | | | |
| | | 医師の氏名： | | | |
| 電 話： | | () | | | |

文化シャッター健康保険組合

提出順序： 本人 ⇒ 支社・支店 ⇒ 本社（人事総務部）⇒ 健康保険組合
(任意継続の方は 本人⇒健康保険組合)

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」
上記の個人情報利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。