傷病手当金申請書　～事業主の方へ～

ﾍﾞﾈｯｾｸﾞﾙｰﾌﾟ 健康保険組合

支給日

当健保組合では、毎月４回、支払日を設けております。（5 日頃、15 日頃、25 日頃、月末頃）
受付から支払いまで、10 営業日以降の支払い日となります。
支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」を自宅へお送りしています。
※審査状況によっては決定までかなりのお時間を要する場合もございます。

【当傷病が原因で労務に服さなかった期間】

●有休・公休含めて記載してください。間に出勤日がある場合は、労務に服しているので、その日は除外してください。（証明欄外余白に「○月○日　出勤」と記載しておいてください）
●有休・公休の場合でも、当傷病が原因で会社を休んでいれば、3 日間の待期期間が完成する場合がありますので、第１回目請求時には、有給・無給問わず、当傷病が原因で実際に休みはじめた日から証明してください。
●証明する日以前の期間を証明してください。（未来日の証明は不可）

【労務に服していない期間中の分として支払う報酬関係】

●有休の場合は「各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合」欄へ証明してください。
●労務に服さなかった日で、「日当の○割を支給する」場合は、「①」へ証明してください。
●交通費・家族手当等、労務に服さなかった期間も含め月単位で満額支給する場合は「②」へ証明してください。
その際、１ヶ月あたりの金額を記入してください。
お休みした期間分の給与を、支給してしまった後に減額する場合、証明は不要ですが、賃金台帳にその旨を記載してください。　※「事業主証明＝賃金台帳写し・出勤簿写し」となるように。

【療養を担当した医師が意見を書くところ】

●「労務不能と認めた期間」は証明日以前の期間となります。（未来日の証明は不可）（要確認）
●医師の証明が「訂正」されている場合は、必ず「医師の訂正印」（証明印と同）が必要です。（要確認）

【振込希望銀行】※記載誤りの場合は、次の支払日以後の振り込みとなります。

●被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）名義の口座になっているかどうか確認ください。
記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定されることをおすすめします。
ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面(2 面)のコピーが必要です。
（他金融機関から振り込みする際の受け取り口座・名義人がわかるページ）

【被保険者の住所・氏名】

●被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）の郵便番号・住所・氏名を確認ください。
記載のない場合、不備の場合は、「支給決定通知書」を自宅へ送付できません。（事業所経由でお送りします）

【添付書類他　お願い事項】

●出産をひかえられている方については、出産予定日・出産日（出産された場合）をご確認ください。
※傷病手当金請求書欄外余白へ記載してください。
●請求期間に該当する出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。
●証明誤り（二重書き・ぬりつぶし含む）の場合は「訂正印」が必要です。（修正液（ﾃｰﾌﾟ）使用不可）
●「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。振込完了後はコピーをとることができません。

●健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

傷病手当金申請書

退職後の方は当健保組合に加入していた当時の被保険者証記号・番号　　（第　　回目）

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号･番号	９９９－１２３	事業所名称	○○株式会社	業務内容	編　集
発病又は負傷の 年 月 日	（和暦）平成○ 年○月○日	傷　病　名	右膝前十字靭帯損傷		

該当する事項に○

外傷性疾患の場合	交通事故等第三者行為による負傷ですか	はい　・　いいえ
	通勤途上・業務中による負傷ですか	はい　・　いいえ
ﾍﾞﾈｯｾｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合**以外**で傷病手当金を受けたことがありますか		はい　・　いいえ
※「はい」の場合※ 「受給期間」及び「傷病名」 ※はっきり期間がわからない場合はおおよそで結構です。		受給期間　平成 20 年 5 月頃　～　同　年 12　月頃 傷病名　適応障害

【必ず記載】 発 病 又は負傷の原因 **傷病による現在の状態（詳しく記載）**	休日、バスケットボール練習中に、ジャンプによる着地の際、膝を負傷してしまい、出勤することができませんでした。 現在は、リハビリによる訓練中

労務に服することができなかった期間（請求期間）	（和暦）平成○ 年○ 月○ 日から 平成○ 年○ 月○ 日まで	３１日間
上記期間中会社から報酬を受けた時（有休等）はその期間	（和暦）年 月 日から 年 月 日まで	日間

該当する事項に○

障害年金・障害手当金を受給していますか		**はい　・　いいえ　・　手続中（受給予定）**			**（いずれか○）**
上記「はい」「手続中」の場合 **（※年金額がわかるもののコピー添付）**	年金の種別	・障害年金 ・障害手当金 （いずれか○）	年金月額	円／	年金の支給事由となった名
	年金を受けることとなった年月日	年　月	基礎年金番号 年金コード		

該当する事項に○

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　・　手続中（受給予定）**		**（いずれか○）**
上記「はい」「手続中」の場合 **（※年金額がわかるもののコピー添付）**	老齢（退職）年金の名称	基礎年金番号 年金コード	受給年月日	年金月額
			年　月　日	円／月
			年　月　日	円／月

振込希望銀行	※被保険者本人名義の口座(家族不可) ○○銀行△△支店（普通・当座）No ×××××××カナメイギ（ケンポ　タロウ　） （支店番号□□□） ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面(2 面)コピーを添付

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり傷病手当金を請求いたします。　　（記入日）

（和暦）　平成○ 年○ 月○ 日

被保険者の　住　所 〒ＸＸＸ－ＸＸＸＸ
○○県○○市・・・・

氏　名　健保　太郎　　印

電話番号　（ ＸＸＸ－ＸＸＸ－ＸＸＸＸ ）

※在職中の請求期間分は現在お勤めの各会社・団体人事へ、退職後の請求期間分は、直接健保組合へ提出ください。

「被保険者証の記号・番号」「事業所の名称」は、ベネッセグループ健康保険組合加入中における情報を記入してください。

事業主が証明するところ

出勤簿写し（有休・公休等の区分・取得日がわかるもの）を添付してください。

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

当傷病による病欠(無給)…○　公休…◎　有休・・・□

以下、和暦で証明をお願いします

当傷病が原因で**労務に服さなかった期間**（有給休暇含む）		平成２４年３月　１日から 平成２４年３月３１日まで　３１日間	☑ 月給者 □ 日給・時給者（いずれかﾁｪｯｸ）
労務に服していない期間中の分として支払う報酬関係 ※労務に服している期間分は証明しないでください。	各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合（有給休暇等）	平成２４年３　月１日から 平成２４年３　月２日まで（２　）日分　全額を支給しました。	
	①各日毎、欠勤日分の給与を一部支給した場合（日当の○割支給等）	①欠勤日給与一部支給　年　月　日～　年　月　日（　）日間　金　円／日 欠勤日給与一部支給　年　月　日～　年　月　日（　）日間　金　円／日 ※1日あたりの金額を記入してください	
	②月単位で交通費・住宅・家族手当等が欠勤日を含め満額支給された場合	②２４年　３　月　分　（内容　家族手当　）　金１０，０００　円／月 年　月　分　（内容　）　金　円／月 年　月　分　（内容　）　金　円／月 年　月　分　（内容　）　金　円／月 ※月単位で支給額が決まっているものは支給内容・1か月あたりの金額を記入してください	
	現在までにも又将来も支給しない場合はその旨	現在までにも又将来も支給しない。	

上記のとおり相違ないことを証明します。　証明日（労務不能期間より後の日付）平成○　年　○　月　○　日

〒　－

事業主　住所

事業主証明

氏名　　印

※訂正箇所にはこれと同じ訂正印が必要です。

※必ず、請求期間に該当する出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名		療養の給付を開始した年月日（当傷病による初診日）	年　月　日
発病又は負傷の年月日	年　月　日	発病又は負傷の原因	
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	診療日数	日間
傷病の主症状および経過概要			
上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年　月　日　から　年　月　日まで　日間		

上記のとおり相違ありません。

証明日（労務不能期間より後の日付）平成○　年　○　月　○　日

〒　－

医療機関住所

名　称　　主治医証明

主　治　医　　印

電話番号（　　）※訂正箇所にはこれと同じ訂正印が必要です。

※訂正された箇所がある場合には、主治医の訂正印（証明印と同）を押印してもらってください。