

健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 記号-番号	—	氏名			障害年金 (手当金) の受給を	受給している年金の種別 ・ 障害厚生年金 ・ 障害手当金 ・ 障害基礎年金	
	住 所	〒 —				☐ している。 ⇒右欄に ご記入ください	各種年金総額 (手当金額)	
		TEL ()					円	
	所属 部署	TEL ()					支給事由である傷病名	
	日中繋がる 電話番号	TEL () ※健保組合より連絡が入る 場合があります。				☐ していない。 ※右欄の記載不要 (いずれかに✓)	決定日	年 月 日
	職 種			年齢	才		年金証 書番号 コト	
	傷 病 名						労務に服する ことができな かった期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	発病または負 傷の原因 (具体的に)	第三者行為によるものですか。 (はい ・ いいえ)						
	発病または 負傷した日	令和 年 月 日 午前 時 午後 時 ごろ						
	同一傷病で労災保険に休業給付等を申請していますか						①労災保険の休業給付等と同一疾病で労務不能の場合 (労災 受給終了後も) 傷病手当金の対象外となります。 ②労災保険が認定された場合、傷病手当金は全額返金いた だきます。	
1. いいえ		2. はい (右欄①)		3. 申請中 (右欄②) (労働基準監督署)		☐ 上記内容について承諾した (必ず☑が必要です)		
欄	振込先口座※	金融機関名		本・支店名		口座番号(7桁)	被保険者名義(カタカナ)	
		銀行 金庫 ()		本店 支店 ()		(普)		
※振込先口座は、原則給与 (退職後の場合は在籍時) 口座を指定ください。 給与とは別の口座を指定される場合は、振込先がわかる通帳等の写しを併せてご提出ください。								
医 師 証 明 欄	傷病名 (主疾病に○印)					発病または 負傷した日	令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因	第三者行為によるものですか。 (はい ・ いいえ)				当該傷病で の初診日	令和 年 月 日	
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から	左記期間中 の診療状況	診療実日数	日	労務不能と認めた期間中の入院期間		
		令和 年 月 日まで		最終診療日	月 日			
		令和 年 月 日まで		最終投薬日	月 日	令和 年 月 日から		
		令和 年 月 日まで		(投薬日数)	(日分)	令和 年 月 日まで		
	傷病の主症状 及び経過概要				転 帰	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師名 TEL ()		
			1. 治癒 (. .)					
			2. 未治癒					
			3. 中止					
			4. 転医					
手術名: _____			5. 死亡 (. .)					
手術日: 令和 年 月 日								

【書類提出先】ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市中区東桜1-10-35セントラル野田ビル702号室

【添付書類】
・ 同意書

受付印

【注意事項】 申請については、裏面をご覧ください。

【傷病手当金の支給要件】

① 病気やけがで療養中であること

但し、その傷病の原因が業務上または通勤によるものである場合、労災保険法による休業補償給付の対象となるため、傷病手当金は支給されません。

② 仕事につけないこと（労務不能）

③ 4日以上仕事を休むこと

療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間（待期という。有給休暇でもかまいません。）が経過した後、4日目から支給が開始されます。

④ 給料をうけられないこと

給料をう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。

【申請書記入上の注意事項】

● 共通事項

1. 傷病手当金は、実績に対して一日当りで支給します。この申請書に記入される内容は、すべて記入日以前の期間について記入してください。

2. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二本線で抹消し、その上部余白に正しい字句を記入してください。抹消したところには、各記入者の訂正印を押してください。

● 「被保険者記入欄」・・・被保険者の方へ

1. 「発病または負傷の原因」は、特に外傷の場合、具体的に詳しく記入してください。

2. 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

3. 各種年金または障害手当金を受給している場合は、年金証書および直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写しを添付してください。

4. 「労務に服することができなかった期間」は、初回のみ待期3日間を含めて記入してください。

● 「担当医師の意見書」・・・担当医師の方へ

1. 「被保険者記入欄」の「労務に服することができなかった期間」に記入されている期間中の、労務不能と認めた期間を記入してください。記入日以前の期間のみに限ります。

2. 「傷病の主症状及び経過概要」は、できる限り詳しく記入してください。

<傷病手当金の審査について>

※1回目の傷病手当金については、審査の都合上受診月から最短で3～4か月程度お時間いただきます。（健保組合に書類到着後、審査過程で書類に不備、不足書類があった場合は、返送するので訂正し、再度提出いただきます。また、調査事項等がある場合はさらにお時間いただきます。）

※具体的な審査内容については、お答えいたしかねます。

支給決定後、支払日（月末）の前営業日に申請書記載の住所あてに通知書を発送いたしますので、そのお知らせをお待ちください。

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合

〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702

TEL (052)951-4907

● 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。

その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--