

所属 支社名	
連絡先 (IPコード・内線等)	担当者名

太陽生命健康保険組合理事長 殿

## 健康保険傷病手当金請求書 (第 回 目)

被 保 者 入 欄	(1)	被保険者等	記号		番号		
	(2)	被保険者	氏名		(3)	仕事の具体的な内容	<input type="checkbox"/> 在籍者 <input type="checkbox"/> 退職者
			生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)			
	(4)	傷病名			(5) 資格を取得した年月日	昭・平・令 年 月 日	
					(6) 発病又は負傷の年月日	昭・平・令 年 月 日	
	(7)	発病または負傷の原因	<input type="checkbox"/> 業務外・病気 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 出社・退社途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為				
	(8)	請求期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		
	(9)	障害年金	年金の種類	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	年金受給傷病名		
	(10)	退職後または任意継続者	雇用保険(失業保険)を受給していますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	
			老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	
	(11)	出産予定日	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 令和 年 月 日 )				
	(12)	振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。			
退職者			※退職者の方は振込希望口座を記入してください。				
			金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)
				普通			
(13)	<p>私は、貴健康保険組合に本手当金を請求するにあたり、下記事項を確約するとともに、万一、申請内容と相違する事が判明したときには、健康保険法第119～121条の規程により支給の一部又は全部を停止されることに同意致します。また、判明した内容により既に受給した給付金を返還しなければならなくなった場合は、貴健康保険組合からの請求に応じ傷病手当金を速やかに返還することを誓約のうえ、上記のとおり請求します。</p> <p>1. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金(障害手当金)及び老齢厚生年金の支給が決定したときは遅滞なく貴組合に連絡します。</p> <p>2. 退職後の傷病手当金を請求する際は、労務の対象としての報酬の全部又は一部を受けた場合、支給調整されることを認識し、貴組合に遅滞なくその報酬等について報告致します。</p> <p>3. 雇用保険の失業給付の受給申請を開始(予定)する場合には、遅滞なく貴組合にその旨報告いたします。また、失業給付受給申請しているにもかかわらず、傷病手当金を受給していた事実が明らかになった場合は、失業給付受給申請の日に遡って傷病手当金の支給決定を取り消されても異議ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 ( ) TEL ( )</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 の フリガナ氏 名</p> <p style="text-align: center;">(被保険者死亡の場合のみ)</p> <p style="text-align: right;">〒 ( ) TEL ( )</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請 求 者 の フリガナ氏 名</p>						

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

(裏面に続く)

## ■ 傷病手当金を請求する際に提出が必要な書類

**【在職中・退職後】** 本人が用意し提出するもの (⇒「太陽生命けんぽWEB」に掲載)

対象者	書類名称	チェック
全員	健康保険傷病手当金請求書(第__回目)	<input type="checkbox"/>
全員	療養と生活の状況報告書	<input type="checkbox"/>
第1回目の請求時	同意書	<input type="checkbox"/>
労務に服さなかった期間の初日 時点で勤続年数が3年未満の者	職歴及び加入履歴報告書	<input type="checkbox"/>

**【在職中】** 勤務先が用意し健康保険組合へ提出するもの

対象者	書類名称	チェック
全員	(8)請求期間・(14)労務に服さなかった期間の 「出社記録簿(太陽生命営業職員)」や「勤務記録」	<input type="checkbox"/>
全員	(8)請求期間・(14)労務に服さなかった期間の 「報酬台帳(太陽生命営業職員)※」や「給与明細」 ※例) 請求期間が4月の場合は5月25日支払の4月分の報酬台帳	<input type="checkbox"/>
報酬に精算額がある場合 (太陽生命営業職員)	「定例報酬台帳(精算用)」	<input type="checkbox"/>

**【在職中・退職後】** 障害厚生年金・障害手当金を受給している場合

(傷病手当金の請求原因となる傷病もしくは関連傷病による障害の場合に限る。)

対象者	書類名称	チェック
全員	障害厚生年金・障害手当金受給状況届 ⇒「太陽生命けんぽWEB」に掲載	<input type="checkbox"/>
障害厚生年金受給者	年金決定通知書・支給額変更通知書(写) (障害厚生年金の額及び支給開始年月を証する書面)	<input type="checkbox"/>
障害厚生年金受給者	年金振込通知書(写) (傷病手当金の請求期間を含む月のもの)	<input type="checkbox"/>

**【退職後】** 本人が用意し提出するもの

対象者	書類名称	チェック
全員	病院の領収証(写) および診療明細書(写)	<input type="checkbox"/>
全員	薬局の領収証(写) および明細書(写)	<input type="checkbox"/>
全員	新たに加入した健康保険の資格確認書または資格情報の通知書(写)	<input type="checkbox"/>
全員	雇用保険(失業給付)に関する以下いずれかの書類(写) a. 未手続 … 雇用保険離職票1、2 b. 受給中 … 雇用保険受給資格者証の全ページ c. 申請中(未受給) … 雇用保険受給資格者証の全ページ d. 延長申請中 … 雇用保険受給期間延長通知書	<input type="checkbox"/>

**【退職後】** 老齢厚生年金を受給している場合

対象者	書類名称	チェック
全員	国民年金・厚生年金保険年金証書 / 年金決定通知書(写)	<input type="checkbox"/>
該当する場合	支給額変更通知書(写) (資格喪失日が属する月の翌月から年金額が改定されるため)	<input type="checkbox"/>
全員	年金振込通知書(写) または 年金額改定通知書(写)	<input type="checkbox"/>

