

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 険 者 記 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				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) 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。

- 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。
- 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。
- 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。

令和 年 月 日

〒 TEL ()

住 所

被 保 険 者 の フリガナ氏 名

(被保険者死亡の場合のみ)

〒 TEL ()

住 所

請 求 者 の フリガナ氏 名

※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"/>

事業主 証明欄	(14) 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
	(15) 労務・給与支払いの状況	別紙のとおり出勤簿・給与台帳を添付します。	
	(16) 被保険者の現況	<input type="checkbox"/> 復帰済(年 月 日復帰済) <input type="checkbox"/> 復帰予定(年 月 日復帰予定) <input type="checkbox"/> 復帰未定	
	(17) 労災非該当の確認	<input type="checkbox"/> 労災保険の適用外であることを確認しました。(労災保険の場合は、傷病手当金の請求はできません)	
	(18) 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	所在地 事業主の 名称 代表者名

療養を 担当した 医師の 証明欄	(19) 患者氏名					
	(20) 傷病名	(1つの傷病で労務不能な場合はその病名のみを、複数の傷病によって労務不能な場合はそれらの病名を記載して下さい。)				
	(21) 発病または 負傷の原因					
	(22) 発病または 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(23) 受診開始日	平成・令和 年 月 日		
	(24) 労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			
	(25) 上記(24)期間中 の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			
	(26) 診療実日数 日	診療日を○で 囲んでください	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		
	(27) 傷病の「主症状および経過」 「治療内容・検査結果・療養の指導」 等の詳細	【診療実日数が0日だった場合に記入 診療実日数が0日だった場合に記入】				
	(28) 症状経過からみて従来の職種について 労務不能と認められた医学的な所見					
	(29) 人工透析を実施または人工臓器を 装着したとき	人工透析開始日または人工臓器装着日	平成・令和 年 月 日			
		人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他《 》			
	(30) 上記(20)の傷病あるいは関連疾病 の障害について	<input type="checkbox"/> 障害者認定あり → 認定年月日:平成・令和 年 月 日、障害等級: 級 <input type="checkbox"/> 障害者認定なし → 申請《 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 対象外 》				
(31) 労務復帰予定(該当するものに必ず☑)	<input type="checkbox"/> 就労可能な見込み(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 現時点では不明					
(32) 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	医療機関の 所在地 名称 T E L 医師名				