|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 全国土木建築国民健康保険組合　傷病手当金支給申請書○ 組合員（申請者）に関する項目　　　　　　　　　（第　　　　　 回） | 提出区分 | 1　申請者から直接2　事業所を経由 |
|  |  |
| 組合員 | 被保険者証記号・番号 | 　 | 　 | 氏名 | 　　 |
| 住所 | 〒　　－ 　 　 |
| 電話番号 | 　（　 　　　）　 　　　－　 　　 | 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他（ 　　　 ） |
| 申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 事業所名 | 　 |
| 申請者区分 | 1　組合員　 次の「申請者」欄は記入不要です。2　組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合）

|  |
| --- |
| 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、その世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。 |

 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者

|  |
| --- |
| 組合員が申請者の場合は、記入不要です。 |

 | 氏名 | 　　 | 組合員との続柄 | 　　 |
| 住所 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号 | 　（　 　　　）　 　　　－　 　　 | 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他（ 　　　 ） |

○ 申請内容に関する項目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 退職年月日(退職者の場合) | 令和　　　年　　　月　　　日 | 最終稼動年月日(第二種の場合) | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 発病又は負傷年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 発病又は負傷の原因 | 　　 |
| 休業期間

|  |
| --- |
| 休業した日を ○で囲んでください。 |

 | 令和　　　年　　　月 |  1　 2　 3　 4　 5　 6　 7　 8　 9　 10　11　12　13　14　1516　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31 |
| 令和　　　年　　　月 |  1　 2　 3　 4　 5　 6　 7　 8　 9　 10　11　12　13　14　1516　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31 |
| 休業期間中に事業主から支給された報酬額及び期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日までの分として　　　　　　　　円 | 傷病手当金を請求する期間及び日数 | 令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日まで　　　　　　　　　　　　　日間 |

○ 受領方法、振込先等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領方法

|  |
| --- |
| 該当する番号を○で囲んでください。なお､｢2」の場合は記入年月日､住所、氏名を記入してください。 |

 | この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。1　私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。）

|  |  |
| --- | --- |
| 2　次の代理人に受領を委任します。 | 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。 |

令和　　　年　　　月　　　日　　組合員　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者） 住所　　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名

|  |
| --- |
| 事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください｡ |

 | 　　 | 住所 | 〒　　　－　　　　  |
| 　　 | 電話番号 | （　　　）　　　－　　 |
| 申請者との関係 | 　　 | 1 自宅・ 2 携帯・ 3 その他（ 　　　 ） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先

|  |
| --- |
| 事業主に受領委任される場合又は通帳の写（口座番号等の記載面）を添付される場合は記入不要です。 |

 | 金融機関名称 | 支店名称 | コード |
| 　　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 預金種目 | 口座番号 | 口座名義(フリガナ) |
| 1 普通（総合を含む。） ・ 2 当座 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （ 　　　 ）　 |

（注） ｢提出区分」、｢申請者区分」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

**・2か月（分の賃金計算月）以上にわたって傷病手当金の支給を受けようとする場合、この申請書は1か月ごとに分けて提出してください。**

・**「勤務状況等についての事業主の証明書」と「診療担当医師の意見書」（ともに別紙）に、必ず証明を受けて提出してください。（退職後の傷病手当金の支給申請を行われる場合は、「勤務状況等についての事業主の証明書」は記入不**

**要です。）**

・けがにより療養を受けて申請される場合は、けがの原因、状況等を確認させていただく必要がありますので、「組合員負傷届」を添付してください。（「組合員負傷届」は組合ホームページから印刷できます。印刷環境がない場合は組合までご連絡ください。）

・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、**できる限り通帳の口座番号等の記載面（ゆうちょ銀行の場合は振込用の口座番号等記載面）写を添付してください。**（その場合、「振込先」欄は記入不要です。）

○ 年金等又は労災保険の休業補償給付等の受給の有無

受給の有無について該当する番号を〇で囲んでください。なお、受給有の場合、年金証書（裁定通知書）の写（年金額が変更されたときは支給額変更通知書の写）又は休業補償給付等の支給決定通知書の写を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 受給の有無 | 支給事由となった傷病名 |
| 障害厚生年金 | 1　受給有　・　2　受給無　・　3　請求中 | 　　 |
| 障害基礎年金 | 1　受給有　・　2　受給無　・　3　請求中 | 　　 |
| 障害手当金 | 1　受給有　・　2　受給無　・　3　請求中 | 　　 |
| 老齢又は退職を支給事由とした公的年金 | 1　受給有　・　2　受給無　・　3　請求中 |  |
| 労災保険の休業補償給付等 | 1　受給有　・　2　受給無　・　3　請求中 |  　  |

○ ハローワークへの求職の申込み状況　 該当する番号を〇で囲んでください。（退職者のみ記入してください。）

|  |
| --- |
| 1　求職の申込みをしていない　・　2　求職の申込みをした（令和 　 年　 月　 日申込）・　3　求職の申込みを予定　 |

○ 関係機関への照会等に係る同意書

支給決定にあたり、必要に応じて各関係機関に照会を行うことや、他制度からの給付との調整を行うことがありますので、内容をご確認のうえ署名してください。

|  |
| --- |
| 全国土木建築国民健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、次の事項について同意します。１　在職している（在職していた）勤務先等に対し、勤務状況等を照会し、回答を得ること。２　受診医療機関及び診療担当医師に対し、傷病の状態及び受診状況等を照会し、回答を得ること。３　関係官庁に対し、年金又は労災保険の休業補償給付等の受給状況及びハローワークへの求職の申込み状況等を照会し、回答を得ること。また、障害年金・老齢年金や労災保険の休業（補償）給付を受給することとなった場合、又はハローワークへの求職の申込みを行った場合は、すみやかに報告します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　なお、傷病手当金と重複して受給した等の理由により、受給した傷病手当金の返還請求があったときは、遅滞なく返還します。　　全国土木建築国民健康保険組合理事長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　組合員（申請者）氏名　　　　　　　　　　　　自署してください。 |

(注） 第１回目の申請書提出時は、上記署名欄に必ず署名してください。署名がない場合は、申請書をお返しすることがあり

ます。なお、第２回目以降の申請のときは、署名は省略できます。

勤務状況等についての事業主の証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | 　 | 　 | 組合員氏名 |   |
| 職種 |  　 | 雇用期間 | 無期 ・ 有期（終期：令和 　年 　 月　 日） |
| 就業規則（雇用契約書）上の欠勤・休職規定等の期間 |  [ ] なし　[ ] あり（ 　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給与体系 | 月給 ・ 日給 その他（　　 ） | 賃金締日 | 　日 | 賃金支払日 | （ 当月 ・ 翌月 ）　　 　日 |
| 出勤簿（写）の添付 | [ ] あり　次の「勤務状況」欄は記入不要です。[ ] なし　　　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）出勤簿(写)を添付できない理由及び次の「勤務状況」欄を記入してください。 |
| 勤務状況 | 令和　　 年　　 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | （出勤日数： 日）（有給日数：　　日） |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 令和　　 年　　 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | （出勤日数：　　日）（有給日数：　　日） |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 出勤は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。 |
| 復職状況（申請書提出時の状況） | 　[ ] 復職していない　[ ] 令和　　　　年　　 　月　　 　日付復職（予定） |
| 賃金台帳（写）の添付 |  [ ] あり 次の「賃金の内訳」欄は記入不要です。ただし、休業期間中に係る賃金が一部減額して支給されている場合は、「※」欄にその計算方法を記入してください。[ ] なし（理由：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）賃金台帳(写)を添付できない理由及び次の「賃金の内訳」欄を記入してください。 |
| 上記休業期間を含む賃金計算期間に支給された賃金の内訳 | 期間 | 　月 　 日 ～　　　月 　 日分 | 　月 　 日 ～　　　月 　 日分 | 　月 　 日 ～　　　月 　 日分 | ※休業期間中に係る賃金が一部減額して支給されている場合、その計算方法 |
| 手当の名称 | 金額 | 金額 | 金額 |
| 　　 | 　　円 | 　　　円 | 　　円 | 　 |
| 　　 | 　　円 | 　　　円 | 　　円 |
| 　　 | 　　円 | 　　　円 | 　　円 |
| 　　 | 円 | 円 | 円 |
| 　　 | 　　円 | 　　　円 | 　　円 |
| 　　 | 　　円 | 　　　円 | 　　円 |
| 合　　計 | 　　円 | 　　　円 | 　　円 |
| 休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は、 合計欄に「０」と記入してください。 |
| 　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　　 事業所 名　称　　 事業主 氏　名　　 |

（注） 退職後の期間に係る傷病手当金の支給申請を行われる場合は、この証明書は記入不要です。

診療担当医師の意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 　　 | 生年月日 | 5　昭7　平 | 　 年 　 月 　 日 |
| 傷病名 | 　　　 | 診療開始年月日 | 令和　　 年　　 月　　 日 | 転帰 | 治癒・中止・繰越・転医 |
| 発病又は負傷の原因 | 　　 |
| 診療実日数

|  |
| --- |
| 診療日を ○で囲んでください。 |

 | 令和 　　 年　　　月（計　　　日） |  1　 2　 3　 4　 5　 6　 7　 8　 9　 10　11　12　13　14　1516　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31 |
| 令和　　　年　　　月（計　　　日） |  1　 2　 3　 4　 5　 6　 7　 8　 9　 10　11　12　13　14　1516　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31 |
| 就労不能と認めた期間（入院期間） | 令和　　 年　　 月　　 日 から 令和 　　 年　　 月　　 日まで　　　　日間（令和　　 年　　 月　　 日 から 令和 　　 年　　 月　　 日まで　　　　日間） |
| 主たる症状及び経過、治療内容、検査結果等 |  　 |
| 従来の職種について就労不能と認められた医学的な所見 |  　 |
| 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき | 人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 人工臓器等の種類 | ア　人工肛門　イ　人工関節　ウ　人工骨頭　エ　心臓ペースメーカーオ　人工透析　カ　その他（ 　　　　） |
| 　上記のとおり、療養のため業務に従事できなかったことを認めます。令和　　　年　　　月　　　日所在地　 　医療機関等　 　医　　師名称 　氏名　 　　 電話番号　（ 　　　　） 　　－ 　 |

（注） 「就労不能と認めた期間」は、証明年月日以前の期間について記入してください。（将来にわたる期間の証明は認められません。）

【全国土木建築国民健康保険組合】