

傷病手当金 健康保険 請求書（第 回）  
延長傷病手当金付加金

\*被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。  
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

確認欄 (チェック)	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	被保険者氏名		
	事業所名(所属部署)				業務上・通勤途上によるものですか	・いいえ ・はい	
	傷病名				第三者の行為によるものですか	・いいえ ・はい	
	発病時の状況を詳しく記載				第三者の行為によるものですか	・いいえ ・はい	
	介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			
	※療養のため休んだ期間(申請期間)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 日間					
	①「※」期間の報酬を受けましたか	・受けた ・受けない ・受けられる ・受けられない					
	「①」で『受けた』の場合、その報酬額とその報酬支払の基礎となった期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 円					
	労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金等の請求ですか	・はい ・いいえ ・請求中			『はい』および『請求中』の場合、労働基準監督署名		
	年金を受給していますか	・はい ( 年金) ・請求中 ( 年金) ・いいえ					
	障害年金または障害手当金を受けているとき、または受けることができます	障害厚生年金または障害手当金の受給原因となった傷病名					
		年金の種類	支給金額(年額)	円	年金開始日	年金証書の照会番号	
		障害厚生(共済)年金		円	平成・令和 年 月 日		
		障害基礎年金		円	平成・令和 年 月 日		
	老齢または退職年金を受けるとき、または受けることができます	老齢厚生年金		円	平成・令和 年 月 日		
老齢基礎年金			円	平成・令和 年 月 日			
退職共済年金等			円	平成・令和 年 月 日			
個人番号が記載された申請書を事業主(会社)経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主(会社)へ委任します。 (*委任する方は□にシ点を付けてください。)						
在職の方はこちらに記入してください	本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名						
退職された(退職予定)の方はこちらに記入してください	銀行 金庫 信用組合	支店 出張所 支所	口座番号 □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□	普通・当座	口座名義(カタカナ)		
	*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 ( ) 氏名						
上記のとおり申請します。 また、ジェイティ健保組合が必要により関係機関(医療機関等)に対し、内容照会等をすることに同意します。 令和 年 月 日 ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 住所 被保険者(請求者) 電話番号 ( ) 氏名							

備考欄 支払日付印 健保受付日付印

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

## \* 各種申請書の記載項目の

被保険者証の【記号番号】欄、または【備考(個人番号)】欄のいずれかに必要項目を記載してください。

被保険者証の【記号番号】に代えて、

個人番号により申請する場合、申請書の記載項目【備考】欄に個人番号を記載してください。

(その場合、被保険者証の記号番号は記載不要。)

なお、個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要となりますので、以下の書類を添付してください。

個人番号確認	本人確認
① 個人番号カード写	① 個人番号カード写
② 通知カード写	② 運転免許証写、運転経歴証明書、パスポート写、身体障害者手帳写、在留カード写、特別永住者証明書等
③ 個人番号が記載された住民票写、住民票記載事項証明書	③ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等の措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの

## 病気のため会社を休み、報酬を受けられないとき

\* 業務上外および通勤途上外の事由による疾病または負傷の療養のため労務不能となり、収入が減少または喪失をきたした場合、これを補填し、生活保障を行うことを目的とした制度です。

### 1. 申請書類

(1)「傷病手当金請求書」(給6)

(2)療養を担当した医師の証明書(給6-添付1)

(3)事業主の証明(給6-添付1)

(4)障害厚生(基礎)年金または障害手当金を受けている者は、年金証書の写し(その額、その支給開始年月日がわかる書類と直近の額を証明する書類)

(5)老齢退職年金を受けている者は、年金証書の写しまたはこれに準ずる書類の写し(その額、その支給開始年月日がわかる書類と直近の額を証明する書類)

### 2. 提出時の注意

(1)特に外傷性の原因による場合には、「発病時の状況を詳しく」欄に詳細を記入して下さい。発病時の原因が不明な場合には、「不詳」と記入して下さい。

(2)療養を担当した医師の証明には、給6-添付1の証明欄に記入するようにして下さい。

(この欄に証明してもらったと証明書交付料は保険適用となります。)

ただし、給6-添付1により療養を担当した医師の証明がとれなかった場合は、労務不能期間がわかる診断書を別途医師より証明してもらう必要があります。(診断書は証明書交付料の保険適用となりません。)

(3)月の1日から末日を一月単位(暦日単位)として、療養を担当した医師の証明を得て下さい。

(4)事業主の証明は、給6-添付1の証明欄に記入し、一月単位(暦日単位)で証明を得て下さい。

(5)資格喪失後の継続給付受給者が雇用保険の失業給付の支給を受けている期間は、傷病手当金の支給を受けることはできません。雇用保険の延長手続き後、「受給期間延長通知書」写しを傷病手当金の請求時に添付して下さい。(本書類の提出が無い場合は、当該手当金の審査は出来ませんので予めご了承ください。)

**(6) 在職中に引き続き退職後も病気等により働くことが見込めず、雇用保険の失業給付の支給を受けない(受けられない)場合には、雇用保険受給資格者証の写しと申立書(または「受給期間延長通知書」写し)が必要となります。(第1回目請求時のみ添付して下さい。)**

※申立書は、雇用保険の受給を受けない(受けられない)旨が記載されたものに、被保険者証の記号番号、氏名を記入し添付して下さい。

**(本書類の提出が無い場合は、当該手当金の審査は出来ませんので予めご了承ください。)**

(7)資格喪失後の継続給付受給者については、給付金支払日が確定したら、傷病手当金請求書の住所に、『保険給付決定支払通知書』が送付されます。(給付金支払日は月1回となっています)

※延長傷病手当金付加金の支給請求をする際も同様です。

### 3. 注意事項

(1)支給決定にあたって、被保険者および関係機関(医療機関等)に内容照会等を行う場合もありますので、同意するようお願いいたします。

(2)「第三者行為」や「自損事故」によるけがを受け、傷病手当金請求(または延長傷病手当金付加金請求)する場合は、『第三者の行為による傷害事故届』や『自損事故による傷害事故届』の提出が必要となります。早急に健保組合へ連絡して下さい。