

## 支給日

当健保組合では、毎月4回、支払日を設けております。(5日頃、15日頃、25日頃、月末頃)  
振込を希望される支払日の10営業日前までに健保組合へ申請書が到着することが必要です。  
支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」を自宅へお送りしています。

## 【当傷病が原因で労務に服さなかった期間】

- 有休・公休含めて記載してください。間に出勤日がある場合は、労務に服しているので、その日は除外してください。(証明欄外余白に「〇月〇日 出勤」と記載しておいてください)
- 有休・公休の場合でも、当傷病が原因で会社を休んでいれば、3日間の待期期間が完成する場合がありますので、第1回目請求時には、有給・無給問わず、当傷病が原因で実際に休みはじめた日から証明してください。
- 証明する日以前の期間を証明してください。(未来日の証明は不可)

## 【労務に服していない期間中の分として支払う報酬関係】

- 有休の場合は「各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合」欄へ証明してください。
- 労務に服さなかった日で、「日当の〇割を支給する」場合は、「①」へ証明してください。
- 交通費・家族手当等、労務に服さなかった期間も含め月単位で満額支給する場合は「②」へ証明してください。  
その際、1ヶ月あたりの金額を記入してください。  
お休みした期間分を後で減額する場合は、証明不要ですが、貸金台帳にその旨を記載してください。  
※「事業主証明＝貸金台帳写し・出勤簿写し」つじつまがあうように。

## 【療養を担当した医師が意見を書くところ】

- 「労務不能と認めた期間」は証明日以前の期間となります。(未来日の証明は不可)(要確認)
- 医師の証明が「訂正」されている場合は、必ず「医師の訂正印」(証明印と同)が必要です。(要確認)

## 【振込希望銀行】※記載誤りの場合は決定振込日より遅くなります。

- 被保険者本人(当健保組合グループ会社でお勤めの方)名義の口座になっているかどうか確認ください。  
記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定されることをおすすめします。  
ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

## 【被保険者の住所・氏名・印】

- 被保険者本人(当健保組合グループ会社でお勤めの方)の郵便番号・住所・氏名・押印を確認ください。  
記載のない場合、不備の場合は、「支給決定通知書」を自宅へ送付できません。(事業所経由でお送りします)

## 【添付書類他 お願い事項】


- 出産をひかえられている方については、出産予定日・出産日(出産された場合)をご確認ください。  
※傷病手当金請求書欄外余白へ記載してください。
- 初回請求時、又、2回目以後の請求でも、請求期間の給与が0円でない場合は、請求期間に該当する出勤簿写し・貸金台帳写しを添付してください。
- 証明誤り(二重書き・ぬりつぶし含む)の場合は「訂正印」が必要です。(修正液(テープ)使用不可)
- 「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。振込完了後はコピーをとることができません。
- 健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

# 傷病手当金申請書

退職後の方は当健保組合に加入していた当時の被保険者証記号・番号


(第 回 目)

被 保 険 者  が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	999-123	事業所名称	〇〇株式会社	業務内容	編集
	発病又は負傷 の年月日	(和暦) 平成〇年〇月〇日		傷病名	右膝前十字靭帯損傷	該当する 事項に〇
	外傷性疾患 の場合	交通事故等第三者行為による負傷ですか		はい	いいえ	
		通勤途上・業務中による負傷ですか		はい	いいえ	
	ベネッセグループ健康保険組合以外で傷病手当金を受けたこと がありますか			はい	いいえ	
	※「はい」の場合※ 「受給期間」及び「傷病名」 ※はっきり期間がわからない場合はおおよそで結構です。			受給期間	平成20年5月頃 ~ 同 年12月頃	
	発病又は 負傷の原因			休日、バスケットボール練習中に、ジャンプによる着地の際、膝を負傷してしまい、 出勤することができませんでした。		
	傷病による 現在の状態 (詳しく記載)			現在は、リハビリによる訓練中		
	労務に服することが できなかった期間 (請求期間)		(和暦) 平成〇年〇月〇日から 平成〇年〇月〇日まで	該当する 事項に〇	31日間	
	上記期間中会社から報酬を受 けた時 (有休等) はその期間		(和暦) 年 月 日から 年 月 日まで	日間		
障害年金・障害手当金を受給していますか			はい	いいえ	手続中 (受給予定) (いずれか〇)	
上記「はい」「手続中」 の場合 (※年金額がわかるものの コピー添付)		年金 の 種別	・障害年金 ・障害手当金 (いずれか〇)	年金 月額 円	年金の支給 事由となった 名	
		年金を受けることと なった年月日		年 月	年金コード	
老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい	いいえ	手続中 (受給予定) (いずれか〇)	
上記「はい」「手続中」 の場合 (※年金額がわかるものの コピー添付)		老齢 (退職) 年金の名称	基礎年金番号 年金コード	受給年月日	年金月額	
				年 月 日	円/月	
				年 月 日	円/月	
振込希望銀行		〇〇銀行△△支店 (普通・当座) No.×××××××× カナメイギ (ケンポ タロウ ) (支店番号□□□) ※被保険者本人名義の口座(家族不可) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付				
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿						
上記のとおり傷病手当金を請求いたします。 (記入日)						
(和暦) 平成〇年〇月〇日						
被保険者の 住 所		〒×××-×××× 〇〇県〇〇市・・・・				
氏 名		健保 太郎				
電話番号		(×××-×××-××××)				
印						
※在職中の請求期間分は現在お勤めの各会社・団体人事へ、退職後の請求期間分は、直接健保組合へ提出ください。 「被保険者証の記号・番号」「事業所の名称」は、ベネッセグループ健康保険組合加入中における情報を記入してください。						

労務に服さなかった期間について下記の区分のとおりカレンダーに印を入れてください。(請求期間の給与が0円の場合のみ使用可) 請求期間の給与が0円でない場合は、出勤簿写し(有休・公休等の区分・取得日がわかるもの)を添付してください。			
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		
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		
事業主が証明するところ	当傷病による病欠(無給)…○ 公休…◎ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">以下、和暦で証明をお願いします</span>		
	当傷病が原因で <b>労務に服さなかった期間</b> (有給休暇含む) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>平成24年3月 1日から 平成24年3月31日まで 31日間</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 月給者  <input type="checkbox"/> 日給・時給者(いずれかチェック)         </td> </tr> </table>	平成24年3月 1日から 平成24年3月31日まで 31日間	<input checked="" type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 日給・時給者(いずれかチェック)
	平成24年3月 1日から 平成24年3月31日まで 31日間	<input checked="" type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 日給・時給者(いずれかチェック)	
	<b>労務に服していない期間中</b> の分として支払う報酬関係	各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合(有給休暇等) 平成24年3月1日から 平成24年3月2日まで(2)日分 全額を支給しました。	
	①各日毎、欠勤日分の給与を一部支給した場合(日当の○割支給等)	①欠勤日給与一部支給 年 月 日～ 年 月 日( )日間 金 円/日 欠勤日給与一部支給 年 月 日～ 年 月 日( )日間 金 円/日 ※1日あたりの金額を記入してください	
※労務に服している期間分は証明しなくてください。 ②月単位で交通費・住宅・家族手当等が欠勤日を含め満額支給された場合	②24年3月分(内容 家族手当 ) 金 10,000 円/月 年 月 分(内容 ) 金 円/月 年 月 分(内容 ) 金 円/月 年 月 分(内容 ) 金 円/月 ※月単位で支給額が決まっているものは支給内容・1か月あたりの金額を記入してください		
現在までも又将来も支給しない場合はその旨	現在までも又将来も支給しない。		
上記のとおり相違ないことを証明します。	証明日(労務不能期間より後の日付) 平成○年○月○日		
事業主 住所 氏名	事業主証明  印		

※訂正箇所にはこれと同じ訂正印が必要です。

**※初回請求、又、請求期間の給与が0円でない場合には、必ず請求期間に該当する出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。**

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	療養の給付を開始した年月日(当傷病による初診日)	年 月 日	
	発病又は負傷の年月日	発病又は負傷の原因	年 月 日	
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	診療日数	日間
	傷病の主症状および経過概要			
	上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	上記のとおり相違ありません。	証明日(労務不能期間より後の日付) 平成○年○月○日		
医療機関住所 名称 主治医 電話番号(	主治医証明  印			

※訂正箇所にはこれと同じ訂正印が必要です。

※訂正された箇所がある場合には、主治医の訂正印(証明印と同)を押印してもらってください。