

## 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。  
お休みした期間分の給与を、支給してしまった後に減額する場合、証明は不要ですが、賃金台帳にその旨を記載してください。 ※「事業主証明＝賃金台帳写し・出勤簿写し」となるように。

## 【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、次の支払日以後の振り込みとなります。

- 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(2面)のコピーが必要です。  
(他金融機関から振り込みする際の受け取り口座・名義人がわかるページ)

## 【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。
- 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。
- 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					
	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				
	【必ず記載】 発病又は 負傷の原因  傷病による 現在の状態 (詳しく記載)				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。  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			
上記「はい」「手続中」 の場合 <u>(※年金額がわかるものの コピー添付)</u>				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	番号	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 <u>(※年金額がわかるものの コピー添付)</u>				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 月 日	年 金 月 額	円 / 月	
振込希望銀行				〇〇銀行△△支店 (普通・当座) No. XXXXXXXX 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(2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 〒XXX-XXXX 〇〇県〇〇市・・・・										
氏 名 健保 太郎										
電話番号 ( XXX-XXX-XXXX )										
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。										

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

当傷病による病欠（無給）…○ 公休…◎ 有休…□ **以下、和暦で証明をお願いします**

当傷病が原因で**労務に服さなかった期間**（有給休暇含む） 平成24年3月 1日から 平成24年3月 31日まで 31日間  月給者  日給・時給者（いずれかチェック）

**労務に服していない期間中**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

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** 


※訂正箇所にはこれと同じ訂正印が必要です。

**※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 **主治医証明** 

電話番号（ ） ※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。