

# 傷病手当金申請書 ～被保険者の方へ～

ベネッセグループ健康保険組合

## 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」をお送りします。  
(各種保険手続き等で必要な場合がありますので、必ず保管しておいてください)

## 【提出先】

- **【在職中の方】**：各会社・団体人事へ提出してください。
- **【退職後の方】**：(退職後も受給資格のある方に限る) 在職中から受給されている方で、引き続き退職後の期間を請求する場合は、直接健保組合へ提出してください。(在職中の期間を請求する場合は各会社・団体人事へ提出)  
なお、「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。

## 【労務に服することができなかつた期間】＝請求期間

- **第1回目請求時は、当傷病が原因で実際に休みはじめた日から記入してください**。(有休・公休等含)  
(各会社・団体人事と相談) ※第1回目請求時、連続した最初3日間は、傷病手当金は支給されません。(待期期間)
- 傷病手当金は給与の代わりとなるものですので、できるだけ、各会社・団体の給与支給対象期間にあわせて請求されることをおすすめします。(事業主証明は給与が確定してからの証明となります)  
給与締切日をまたいだ請求になると、支給が遅くなります。

## 【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。

- 被保険者本人名義の口座に限らせていただきます。  
特に氏名変更で名義変更される際には、当請求中に変更しないようご注意ください。  
記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定す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)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・氏名を記載してください。  
押印も忘れないようお願いします。

## 【その他】

- 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)を欄外へ記載してください。  
出産手当金と重複する期間が発生する可能性がある場合は、出産日が確定してからの手続きとなります。
- 「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	いいえ	
	通勤途上・業務中による負傷ですか	はい	いいえ	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
	傷病名	適応障害			
【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				
が 記 入 す る と こ ろ	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 <u>(※年金額がわかるもの 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	年 月	円	円
	年金を受けると なった年月日	年 月 日	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 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(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)			
	※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	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** 

※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。