

健康保険 傷病手当金支給申請書 兼 同意書 (第 回)

被保険者（請求者）が記入するところ	① 被保険者等 記号・番号		② 事業所	大阪本社・東京本社・退職済			
	③ 傷病名			④ 業務の種類			
	⑤ 発病または 負傷の 原因・状況 〔なるべく くわしく〕	いつ（発生日時）	令和 年 月 日	午前・午後	時 分頃	⑥ 第三者行為に よるものですか	
		どこで（場所）					・はい ・いいえ
		なにをしていて					
		どのようにして 負傷したか					
	発病または負傷の原因は次の区分のうちいつですか			私用・通勤の行き帰り・仕事中			
	⑦ 障害厚生年金・障害手当金受給の有無	有・無・請求中		⑧ 有・請求中の場合は その傷病名			
	⑨ 任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方で 老齢又は退職を事由とする公的年金の有無	有・無・請求中		⑩ 受給開始	年 月 開始		
⑪ 労災保険からの休業補償給付の有無 （過去の給付有無も含む）	有・無・請求中（請求先：		労働基準監督署等）				
⑫ 病気または、けがのため休んだ期間 （申請期間）	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間						
⑬ 上記の期間内で報酬を受けた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ＪＡＳＴ健康保険組合が関係機関に対して、 給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金・労災支給状況等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会 を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意し、上記を申請します。 ⑭ 被保険者の住所 〒 ー 令和 年 月 日 氏名 ＪＡＳＴ健康保険組合 殿 日中のご連絡先 () ー							

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑯ 給料の締日と支払日	日締 日払	
	⑰ 上記の期間に対する給与の支払いについて	1.全額支給した 2.一部支給した 3.全額支給する 4.一部支給する 5.現在までも、また将来も支給しない				
	⑱ 給与の全部（一部）を支給した（する）ときは、その期間および金額を記入してください。					
	基本給	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分	円	⑲ (〇で囲んでください)		
	固定残業手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分	円	日給月給		
	住宅手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分	円	月給		
	こども手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分	円	日給		
	通勤手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分	円	時間給		
		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日分	円	その他		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 ⑳ 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名 電話 () ー					

◆提出先 在籍者：大阪本社 退職者：ＪＡＳＴ健康保険組合

◆照会先 ＪＡＳＴ健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp

ＪＡＳＴ健康保険組合(2024.12)

患者名					
療養を担当した医師が意見を書くところ	②① 傷病名	1)	②② 診療開始 年 月 日	1) 令和 年 月 日	②③ 発病または 負傷の年月日 令和 年 月 日
		2)		2) 令和 年 月 日	②④ 発病または負傷の原因
		3)		3) 令和 年 月 日	
	②⑤ 労務不能と認めた期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間			②⑥ 左記の期間中の診療実日数 日間	
				②⑦ 左記の期間中の診療最終日 月 日	
	②⑧ ②⑤のうち入院期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間			②⑨ 労務可能見込年月日 令和 年 月 日頃	
	③⑩ 上記労務不能と認めた期間中における傷病の主症状 および経過の概要・その他参考意見（くわしく記入してください）			③③ 該当する事項に○のうえ、 その年月日を記入してください	
				1) 人工透析 開始 年 月 日	
				2) 人工肛門 造設 年 月 日	
3) 心臓ペースメーカー・ 人工弁 装置 年 月 日					
4) 人工関節・人工骨頭 挿入 置換 年 月 日					
			5) 人工膀胱・尿路変更 手術 年 月 日		
上記のとおり相違ありません。					
③② 医療機関の所在地 令和 年 月 日 医療機関の名称 担当医師氏名 電話 () -					

被保険者が記入するところ	③③ 委任状		③④ 振込先口座									
	上記保険給付金の受領を に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名		公金受取口座	☐	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します							
			利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入									
			銀行 金庫 信組	本店・支店 店・出張所								
			預金 種別	・普通 ・当座 (※1)	口座 番号							
		口座 名義	加									

(※1)最初または最後に0がつく場合は必ず0を記入してください

(記入する時の注意事項)

被保険者記入欄

- ④欄は従事していた業務の種類を「経理担当事務」、「店頭販売」、「システムエンジニア」などのように具体的に記入してください。
- ⑥欄は交通事故などの第三者の行為によるときは、「はい」に○をつけてください。
その際は、「第三者行為用の負傷届」の提出が必要です。当健康保険組合にお尋ねください。
- ⑦欄は障害厚生年金を受給または請求中の方は該当する文字に○をつけ、⑧欄に受給対象となった傷病名を記入してください。受給しておられない方は⑦欄は「無」に○をつけ、⑧欄は記入不要です。
- 任意継続被保険者及び資格喪失者の方は、⑨欄に老齢または退職を支給事由とする公的年金の受給の有無をご記入ください。また、受給中の方は⑩欄の受給開始年月をご記入ください。
- ⑪欄は休業補償給付を受給中（過去の受給も含む）の方は「有」に○をつけ、受給したことがない方は「無」に○をつけてください。また請求中の方は、「請求中」に○をつけてください。
加えて、「有」または「請求中」に○をつけた方は、括弧内の請求先労働基準監督署等も記入してください。
- 被保険者が死亡したことにより相続権者が請求する場合は、⑭欄は相続権者の住所氏名を記入し、被保険者名は⑭欄の空きスペースに記入してください。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、被保険者が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。
- ⑭欄に給付金の振込先口座を記入してください。
振込先を被保険者以外の方の口座に指定する場合は、⑬欄の委任状と⑭欄の振込先口座の両方を記入してください。
事業主経由での振込を希望する場合は、⑬欄に事業主に委任する旨を記入し、⑭欄には記入しないでください。

事業主記入欄

- ⑰、⑱欄の給与支払状況欄は、将来支給するもの（通勤、家族、役付、住宅手当などの固定的賃金）は支払日が到来していなくても、記入してください。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、事業主が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

療養担当医師記入欄

- ②欄の傷病名が複数あるときは、1から順に主たる傷病名から記入してください。
- ②欄は健康保険で診療が開始された日（初診日）を記入してください。
- ⑤欄の「労務不能と認めた期間」は、患者が休んだ期間に関わらず、療養担当医師のお立場で療養のため労務不能であったと認められた期間を記入してください。
また、この期間は証明日以前の期間のみに限ります。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、療養担当医師が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

添付書類について

- 障害厚生年金・障害手当金を受給中の方は、年金額を証明できる年金証書の写しおよび支払通知書等の写しを添付してください。
- 任意継続被保険者及び資格喪失者の方のうち、老齢または退職を支給事由とする公的年金を受給中の方は、年金額を証明できる年金証書の写しおよび支払通知書等の写しを添付してください。
- 被保険者が死亡したことにより、相続権者が請求する場合は、続柄を確認できる戸籍謄本（除籍謄本）または戸籍抄本を添付してください。

労災保険に基づく休業補償給付の受給について

- 労災保険に基づく休業補償給付を受給したことがある方は、労働基準監督署等からの支給決定通知書の写しを添付してください。
- 受給なし、または請求中の方について、今後受給するようになった場合には速やかにJAST健康保険組合までご連絡ください。
なお、状況によっては、健康保険法第55条第2項等の規定に基づき労働基準監督署等に対して支給状況の確認を行います。

（傷病手当金の支給要件）

- ・ 被保険者が療養のため仕事を休み給与が受けられないなど、次の条件を満たしたとき支給されます。
- 1) 病気・けがで療養中であること—— 健康保険で診療を受けられない美容整形などでは支給されません。
- 2) 仕事につけないこと（労務不能）—— 今まで従事していた仕事につけない場合をいいます。
ただし、今までより軽い仕事についたり、医師の指示で半日出勤し今までと同じ仕事をするような場合は
労務不能とは認められません。
- 3) 4日以上仕事を休むこと—— 療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間（待期間）あったうえで、
4日以上休んだ場合に、4日目から支給が開始されます。
- 4) 給与が受けられないこと—— 給与を受けていても傷病手当金の額より少ないときは、
差額が支給されます。



- ・ 支給期間は、支給開始日から通算して1年6ヵ月間であって、支給要件を満たした日について支給されます。

〔年金との調整〕

傷病手当金の受給期間（通算1年6ヵ月）が残っていても、①厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金や②退職後、老齢厚生年金等を受給するようになると、傷病手当金はうち切られます。ただし、障害厚生年金（同時に障害基礎年金を受給できるときはその合算額）や老齢厚生年金等の額が、傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されるなどの調整が行われます。

〔出産手当金との調整〕

出産手当金の支給期間中に傷病手当金の支給要件も満たす場合は、出産手当金が優先し、傷病手当金は支給されません。なお、その期間に傷病手当金がすでに支給されている場合は、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が減額調整されます。

〔労災保険に基づく休業補償給付との併給について〕

過去に労災保険から休業補償給付を受けており、休業補償給付と同一の病気やけがのために労務不能となった場合には、傷病手当金は支給されません。また、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は不支給となります。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。なお、傷病手当金を受け取った後に同期間内における休業補償給付を受給された場合は、傷病手当金を返還いただくことになります。