

組合記入欄	支給額									円	備考		
	支給期間	自	令	年	月	日	至	令	年	月		日	日間
	不支給期間	自	令	年	月	日	至	令	年	月		日	日間

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

※初回申請時は、別紙の「同意書」を提出してください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	フリガナ 被保険者の 氏名								
	事業所の名称										
	被保険者の 現住所	〒									電話番号
	被保険者の 資格を取得 した年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者の 仕事の内容					
	発病または 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	傷病名					
	発病の状態 または負傷の 原因を詳しく										
	傷病または負傷の療養 をするために休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	上記期間に報酬を受けましたか。 または、今後受けられますか。	はい		いいえ							
	「はい」の場合、その報酬支払の 基礎となった期間と報酬額	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	の分として	円
	障害厚生年金または障害手当金 を受給していますか。	はい		請求中		いいえ					
	健康保険の資格を喪失し た方は記入してください。	老齢または退職を事由とする 公的年金を受給していますか。		基礎年金番号・ 年金コード		年金額					
	今回の申請は労災保険 から休業補償給付を受け ている期間のもの ですか。	はい		請求中		いいえ		「はい」「請求中」の場合、請求先の 労働基準監督署を記入してください。 労働基準監督署			
	振込先 指定口座	①公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)									
		②金融機関名		支店番号 ()			口座名義 (カタカナで記入)			預金の種類	
		銀行 信用金庫 信用組合 農協			支店			口座番号			

***被保険者以外の口座に振込む場合は「委任状」が必要です。**

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

※事業主が証明するところの欄は必ず記入して下さい。(資格喪失者は除く)

事業主が証明するところ	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	
	労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入して下さい。			
	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示して下さい。			
	年 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		
	年 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		
	年 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		
	年 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		
	労務に服さなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 □ はい・□ いいえ	給与の種類 (○で囲んで下さい)	賃金計算	
	● 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。	月給 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他	締日	日
			支払日	当月翌月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。		担当者氏名		
		令和 年 月 日		
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名		電話番号		

「初回申請分」には、労務に服することができなかつた最終日を含む月までとその期間前1ヶ月分の賃金台帳(給与明細)等の写しと出勤簿(タイムカード)等の写しを添付して下さい。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名				
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日	(1) 平・令 年 月 日	
		(2)	(初診日)	(2) 平・令 年 月 日	
		(3)		(3) 平・令 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	平・令 年 月 日	発病負傷	発病または負傷の原因	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	上記のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別 転 帰	健保 自費 公費 () その他 治癒 繰越 中止 転医
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。	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	
労務不能と認められた期間の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)					
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見					
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日			
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名		電話番号			

傷病手当金の申請について

業務外のケガ（負傷）・病気による療養のため労務に服しておらず、且つ、医師が労務不能であると認められた期間について申請することができます。ただし、この期間中に給与が支給されている日については不支給となります（通勤手当等が減額されていないときは、その分が一部不支給となります）。また、最初の3日間は待期期間となり、支給はありません。

1. 『被保険者が記入するところ』は、被保険者ご自身か、被保険者が亡くなった場合は、相続人がご記入ください。相続人の方が請求する場合、別途添付書類が必要になりますので東京都歯科健康保険組合までご連絡ください。
2. 『事業主が証明するところ』は、勤務先にてご記入ください。
 - ①太枠内をご記入ください。法人事業所の場合は、法人名で証明してください。
 - ②第1回目の申請の際は、労務に服さなかった期間とその期間前1ヶ月分の「賃金台帳（給与明細）等の写しと出勤簿（タイムカード）等の写し」を必ず添付してください。資格喪失されている方の場合は、退職日まで。双方ともに申請期間の最終日を含む月まで（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）が必要です。

（例）申請期間が5月10日から31日、給与の締日が15日の場合は、3月16日から6月15日までの賃金台帳（給与明細）等の写しと出勤簿（タイムカード）等の写しが必要になります。
 - ③賃金計算方法欄には、労務に服さなかった期間（休業中の分）の給与支払い状況をご記入ください。欠勤控除がある場合は、その計算根拠（計算方法）が明確に分かるようにしてください。

（例）基本給200,000円÷所定労働日数20日×欠勤日数10日＝100,000円の欠勤控除。
通勤手当は1ヶ月分全額支給。
というように、その月の給与額の根拠が明らかになるよう、具体的にご記入ください。
3. 『療養担当者が意見を記入するところ』は、申請する傷病の診療を受けた医療機関等の担当者（医師に記入してもらってください。診断書等の添付にて請求はできませんので必ず傷病手当金支給申請書に証明を受けてください。
4. 初回申請時は、別紙の同意書を提出してください。
5. その他
 - ①記入もれや添付書類不足、不明な点がある場合は、その内容に応じて被保険者や事業所に返戻、添付書類の依頼、あるいは文書にて照会を行います。その後に支給（不支給）の決定をいたしますので、お振込までは最短でも受付後1ヶ月程度かかります。
 - ②証明を受けた療養担当者に、文書にて照会を行うことがあります。その場合、療養担当者からの回答を待ってからの支給（不支給）決定となります。
 - ③障害厚生年金や老齢退職年金（申請期間が資格喪失後の場合）の給付、労災保険から休業補償を受けている方は、別途添付書類が必要になりますので東京都歯科健康保険組合までご連絡ください。
 - ④健康保険の保険給付を受ける権利（時効）は2年間です。

事業主・被保険者の皆様、必ず確認してからお送りください。

- 請求期間の最終日を含む月までと、その期間前1ヶ月分の賃金台帳（給与明細書）等の写しと出勤簿（タイムカード）等の写しを添付しましたか。

東京都歯科健康保険組合 御中

同意書

健康保険法第99条に規定する傷病手当金の審査決定上、必要に応じ、東京都歯科健康保険組合が関係機関に対して、資格記録・給付記録・療養の給付記録（傷病手当金支給申請に係る診療報酬明細書及び調剤報酬明細書の写の提供を受けること）・診療履歴・年金受給の有無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いたします。

※関係機関とは、健康保険組合等医療保険者、医療機関、日本年金機構等をいいます。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写も有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

被保険者証の記号番号 _____

被保険者氏名 _____

被保険者生年月日 昭和・平成 年 月 日

被保険者住所 〒 _____

電話番号 _____