

傷病手当金の給付目的

健康保険加入中の本人が業務上、通勤途中の災害以外のケガ又は病気のため療養し、それまでの従事していた仕事が行えない(労務不能)場合に本人と家族の生活を守るために設けられている公的制度です。

書類の提出方法

(在職中の請求分) ①本人記入後医師の証明を受ける ⇒② 各社人事又は店舗の事務担当 ⇒ ③健康保険組合

(退職後・資格喪失後の請求分) ①本人記入後医師の証明を受ける ⇒② 健康保険組合

注意事項

消せるボールペン、修正テープ(液)は使用できません。

訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し記入者のサイン又は印を押してください。

本人記入欄					請求回数 回					
①保険証		②所属店名		③社員番号		④生年月日		⑤被保険者(請求者)氏名・フリガナ		
記号	番号			<input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> パート社員		昭和・平成・令和 年 月 日		フリガナ 氏名		
⑥被保険者(請求者)の住所・電話番号		〒 ー ※日中連絡の取れる電話番号 電話 ()								
⑦ 傷病名		⑧資格の取得年月日		⑨資格喪失年月日(退職日翌日)		⑩ 通勤の途中ですか 負傷年月日 加害者の有無 第三者行為ですか		□はい□いいえ		
		年 月 日		年 月 日				年 月 日 □有 □無		
仕事内容										
⑪発病の原因及び発生場所		はいの場合は第三者行為による傷病届の提出が必要です。任意保険会社へ確認してください。任意保険に加入していない場合は健康保険組合へお問い合わせください。								
(*ケガの場合は詳しく記入)										
⑫ 療養のため仕事につけなかった期間(請求期間)初回の申請の場合は待期期間も含めて記入して下さい		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ↓就労日がある場合就労日を記入 合計 日間 ()								
⑬ 上記⑫仕事につけなかった期間(請求期間)について、報酬を受けましたかまたは今後うけられますか(有給休暇・交通費等が該当します)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
⑭ 上記⑬「はい」と答えた場合は、報酬支払の期間と金額を記入してください。		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 上記報酬期間内に報酬を受けていない日(除く日)がある場合はその日を記入 () 金 円								
⑮「障害基礎厚生年金」「障害手当金」の受給について		受給中・請求中・無し		障害年金・手当対象傷病名		年額 円				
⑯ 労災保険から傷病手当金と同じ傷病名で休業補償を受けてますか		受給中・請求中・無し		日額 円		受給している場合は労災保険の支給通知の写を添付してください。				
⑰ 資格喪失後(退職後)の請求で老齢基礎・厚生年金を受給していますか		受給中・請求中・無し		年額 円						
⑱ 委任・照会・振込口座に関する同意欄		私は傷病手当金(付加金)申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、傷病手当金(付加金)の支給可否に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。 <input type="checkbox"/> 他の給付金同様、傷病手当金の振込口座は給与口座を希望します。 ※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮できます。								
振込口座		<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。 注1)口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。 注2)給与口座情報を希望した場合は <input checked="" type="checkbox"/> 不要です。								
		銀行・信組 金庫・農協		支店 出張所		預金種別		口座番号		口座名義
		(金融機関コード ())		(店番号 ())		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				フリガナ

(注 訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し証明者(担当者)のサイン又は印を押してください。)

事業主が証明する欄	保険証	記号		番号		被保険者氏名	
①労務に服することができなかった期間 (請求期間)	令和	年	月	日	～	令和	年 月 日
							合計 日間
② 上記①の期間中に報酬を支給しましたか又は今後支給しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		復職状況		<input type="checkbox"/> 未復職		<input type="checkbox"/> 月 日に復職
③上記②で「はい」と答えた場合、報酬期間、金額、支払日を記入してください。	支給対象期間			左記支給期間に支給しない日(除く日)がある場合はその日を記入		日額	支給額
	年 月 日	～	年 月 日			円	円
	年 月 日	～	年 月 日			円	円
	年 月 日	～	年 月 日			円	円
	年 月 日	～	年 月 日			円	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
事業所所在地 事業所名称 代表者氏名						事業所担当者氏名	
申請書に保険証の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。							
①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し							
②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し							

(注 訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し証明者(担当者)のサイン又は印を押してください。)

医師が証明する欄	患者氏名						
①傷病名	①		②発病の原因	①			
	②			②			
	③			③			
③発病年月日	①	年 月 日	④傷病の治療開始 (初診日)	①	年 月 日		
	②	年 月 日		②	年 月 日		
	③	年 月 日		③	年 月 日		
⑤労務不能と認めた期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日	合計 日間	
⑥上記⑤の入院期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日	合計 日間	
⑦診療実日数	日	⑧傷病の主状態及び経過概要					
⑨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							
⑩人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析実施日又は人工臓器を装着した日	S・H・R 年 月 日	人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工骨類			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日							
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名							