

支給決定及支給伺	保険給付費		法定給付費		傷病手当金		円			
	給付期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	待期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間						
	報酬日額	支給率	支給日数	円		支給開始日				
	円 ×		×	=	円		年 月 日			
	常務理事	事務長	担当者			支払年月日				
						年 月 日				

## 傷病手当金 請求書

被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所の名称	資格喪失日(退職日の翌日)	(和暦) 年 月 日	
傷病名				発病又は負傷年月日		
第三者行為によるものですか	はい →	「第三者行為による傷病届」一式をご提出ください。				
	いいえ →	自損事故(自転車事故を含む交通事故)の場合「自損事故による傷病届」(2枚)をご提出ください。				
発病又は負傷の原因	※就業時間中・出退勤途上の負傷は、原則、労災保険適用です。総務担当課へご確認ください。					
労務に服することが出来なかった期間	(和暦) 年 月 日 から 年 月 日まで					
障害年金受給について	障害年金・障害手当金をうけていますか	はい・いいえ・請求中(「はい」の場合は下記を記入)				
	障害年金・障害手当金の受給原因となった傷病名					
	障害年金又は障害手当金の受給開始年月日と年金額	(和暦) 年 月 日	円/年			
任意継続被保険者・資格喪失(退職)の方	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・請求中(「はい」の場合は下記を記入)				
	年金制度名・受給開始年月日・年金額	年金制度名	受給開始年月日	年金額		
		(和暦) 年 月 日	(和暦) 年 月 日	円/年		
	(和暦) 年 月 日	円/年				
* 年金額が確定した後、支給額を証明する書類の写しを退職後初回の請求書に添付してください。						
任意継続被保険者・資格喪失(退職)の方	傷病手当金を請求される期間、雇用保険を受給していますか	はい・いいえ・延長中				
	* 雇用保険を受給する場合は、傷病手当金を受給することができません。 「いいえ」もしくは「延長中」の方は退職後、初回の請求書に次の証明書類を添付してください。					
	イ) 雇用保険受給申し込みされていない方	... 失業給付受給に関する誓約(同意)書、離職票 I (写)				
ロ) 雇用保険受給期間を延長されている方	... 失業給付受給に関する誓約(同意)書、雇用保険受給期間延長通知書(写)					
現在の健康保険証について	※ 該当の番号に○をしてください。 1. クボタ健康保険組合の任意継続被保険者 2. 国民健康保険組合 ( ) 市区町村 3. 全国健康保険協会 ( ) 支部の被扶養者 4. ( ) 健康保険組合・共済組合の被扶養者 ※左記2~4のいずれかに該当する場合は、 <u>現在加入の保険証の写しを請求書にその都度、添付してください。</u> 健康保険加入先へ確認させて頂くことがあります。					
<b>クボタ退職者(任意継続被保険者を除く)は下欄を記入。在職者(クボタ・関連会社)・関連会社退職者は記入不要。</b>						
振込希望銀行 ※ゆうちょ銀行は、お取り扱いしていません。	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座区分	口座No.
	名 義			フリガナ		

上記の通り請求します。また、下記の事項について異議なく同意致します。

- ①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この請求書の内容を参考とする場合があること。
- ②クボタ健康保険組合が医師等へこの請求書の内容について照会する場合があること。
- ③原則、この請求書を事業主経由でクボタ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。  
(除く、任意継続被保険者)但し、請求時の資格状況によってはこの限りではないこと。

(和暦)

年 月 日

被保険者住所 〒

氏 名

TEL

クボタ健康保険組合 理事長 殿

記号	番号	氏名
----	----	----

●各事業所担当者は請求期間全ての勤務表を必ず添付してください。  
 ●訂正箇所については請求期間全ての勤務表を必ず添付してください。  
 ●訂正箇所については訂正印が必要で、(丸印)による訂正印が必要で、(毎回必須)

事業所担当者及び事業主証明	労務に服さなかった期間		(和暦) 年 月 日 から 年 月 日まで			
	※上記、全期間中の報酬状況を下欄1~3のいずれかに記入し、最終日が休日になる場合は、休日明けの出勤状況に○をつけてください。→ 出勤・欠勤・有休・その他( )					
	1~3のいずれか1つ該当するものに○をつける	1 全額支給	(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 月 日支払)			
		2 一部支給 (有休や飛び石勤務など、1日でも給与の支給がある場合)	(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 月 日支払)			
			(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 月 日支払)			
			(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 月 日支払)			
			(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 日までは欠勤等の為、無給			
			(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 日までは欠勤等の為、無給			
			(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 日までは欠勤等の為、無給			
	3 全額不支給	欠勤等の為、無給				
備考						
上記のとおり相違ないことを証明します。 (和暦) 年 月 日 住所 事業主 氏名 (印)						
(株)クボタ事業所担当者記入・捺印欄						
給与事業所コード		当該被保険者の事業所名称		担当課長印		
				担当者印		

●(未)労務不能と認められた期間以降に証明してください。  
 ●訂正箇所については証明は受付できません。  
 ●訂正箇所については訂正印が必要で、(丸印)による訂正印が必要で、(毎回必須)

療養を担当した医師の意見書	傷病名				
	発病又は負傷の年月日	(和暦) 年 月 日	発病又は負傷の原因		
	主病状及び経過の概要				
	診療開始日	(和暦) 年 月 日	診療終了日	(和暦) 年 月 日	全治繰越中止
	労務不能であると認められた期間	自 (和暦) 年 月 日	日間	診療実日数 (原則、1ヶ月に1日以上あること)	日間
	上記期間中に入院した期間	自 (和暦) 年 月 日	日間	復職可能見込年月日	(和暦) 年 月頃
	医療機関の住所・名称および医師の氏名・印	上記のとおり相違ありません。 (和暦) 年 月 日 所在地 医療機関の名称 医師氏名 (印)			

# 傷病手当金を請求される方へ

(必ずお読みください)

## 1. 傷病手当金とは

被保険者が業務外の病気やケガの治療のため仕事に就けず、給与が支払われないとき、以下①～③全ての支給要件を満たしている場合に支給される生活保障としての給付です。(業務上および通勤中の事故による傷病は「労災保険」で扱われます。)

- ①療養中(自宅療養可)であること
- ②連続して4日以上休んでいること  
(3日間待期をとり、休業4日目から支給)
- ③給料が支払われていない、または傷病手当金の額より少ないこと



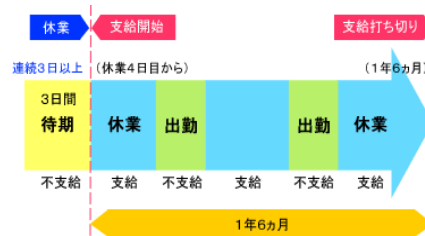
## 2. 支給される期間

1つの疾病につき支給開始日から1年6ヵ月が限度です。会社を休み始めた最初の3日間は「待期」として支給されません。

\* 待期期間とは、連続して3日以上仕事を休んでいる状態であり、休日(土・日・祝日)および有給休暇も含まず。

\* 支給期間内に出勤した日がある場合、その日は支給されません。

\* 暦日で1年6ヵ月までが限度のため、途中出勤した日があっても支給開始日から1年6ヵ月を超えた期間については支給されません。



### 再発について

クボタ健康保険組合では、傷病手当金の受給が終了した後、その病気又は関連性のある傷病名で引き続き治療行為が1年以上継続していなければ社会通念上「治癒」したものとみなし新たに受給できます。ただしその病気に関して医師が経過観察中であり病気が継続していると判断された場合は最初の休業日から1年6ヵ月の支給で満了となり、新たに受給することはできません。

## 3. 支給額と支給調整について

傷病手当金の支給額は休業1日につき標準報酬日額の3分の2相当額と決められています。障害厚生年金、労災保険の休業保障給付、老齢厚生年金(退職後受給の場合)等を受給されている方は傷病手当金は支給されません。ただし、受給額が傷病手当金等の額を下回るときは、その差額が支給されます。また、退職後受給中に雇用保険を申請または受給されている場合、傷病手当金の併給はできません。なお、健康保険法の改正に伴い平成28年4月以降の支給額は、休業1日につき「支給開始月を含む直近12ヵ月の平均標準報酬月額を30で除した額の3分の2相当額」となります。ただし、被保険者期間が1年未満の場合は、被保険者期間における標準報酬日額の平均と、支給開始日の属する年度の前年度の9月30日における全被保険者の平均標準報酬日額のいずれか少ない額の3分の2相当額となります。

## 4. 傷病手当金請求書提出時の注意事項

- ①傷病手当金は給与に代わり支給されるものです。基本的に1ヵ月ごとに請求して下さい。
- ②医師の証明は、必ず診察を受けた上で「証明日以前の期間」について傷病の主症状、経過概要、労務不能理由を詳細に記載してもらって下さい。
- ③転居や治療の都合で転院する場合は請求書を分けて作成し、其々の病院で通院した期間について其々の医師に証明を受けて下さい。
- ④該当する必要書類を必ず添付して下さい。添付のない場合は支給できません。  
(ただし、請求期間が平成28年3月末日までのものについては 〃 の書類のみで可)

対象者	添付書類 *最新のもの
被保険者(在職中の従業員)	請求対象期間すべての勤務表(写) *事業主が添付
*クボタ健保加入期間が1年半未満	傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書(健保所定様式)
*障害年金受給者	年金証書(写)、年金振込通知書(写)、身体障害者手帳(病名記載頁写)
任意継続被保険者・資格喪失(退職)者	
*雇用保険受給しない(初回請求時)	失業給付受給に関する誓約(同意)書(健保所定様式)、離職票I(写)
*雇用保険受給延長者(初回請求時)	失業給付受給に関する誓約(同意)書(健保所定様式)、雇用保険受給期間延長通知書(写)
*年金(障害または老齢)受給者	年金証書(写)、年金振込通知書(写)、身体障害者手帳(病名記載頁写)
*資格喪失(退職)者	現在加入の保険証(写)

- ⑤被保険者従業員は事業主経由で、任意継続被保険者・資格喪失者は直接クボタ健康保険組合へご提出下さい。事業所での証明には日数を要します。具体的な手続きや提出期限等については、事前に事業所担当者へご確認下さい。

記入漏れや必要添付書類が不足している場合は、正確な査定ができない為、傷病手当金は支給されませんので、ご注意願います。

## 5. 内容審査および支給日と支給方法について

- ①書類到着後、支給可否について健康保険法に基づき内容審査(※)を実施します。  
※内容審査…疾病・負傷やその症状、医療機関への受診(投薬)状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者・医師等へ照会させていただき、支給可否について適正に判断を行います。場合により審査に時間がかかることがあります。医師の意見を参考にし、当組合が認めた場合に支給されますので、支給妥当でない判断した場合は支給されません。
- ②毎月の締切日(基本月末)までに上記4.に基づき健保に到着した請求書については、翌月の(株)クボタ給与支払日に被保険者従業員は事業主経由で、任意継続被保険者・資格喪失者は直接銀行口座へ支給します。

## 6. 資格喪失(退職)後の支給について

- 以下①～③の要件をすべて満たしている場合は、資格喪失後も継続して支給されます。
- ①退職前に被保険者期間が継続して1年以上(任意継続期間を含まず)あること
  - ②退職の日に傷病手当金の支給を受けている、もしくは受け得る状態にあること
  - ③退職後も引き続き同じ病気療養のため(医師の診断により)労務不能の状態であること
- \* 退職後に働ける状態になり傷病手当金が不支給になった場合には、その後さらに労務不能となっても傷病手当金は支給されません。  
\* 雇用保険の失業給付を受ける場合は支給されません。  
\* 退職日に労務に就いた場合、退職日以降の傷病手当金(継続給付)は支給されません。