

支給決定決議書

| | | | |
|-------|-----------------------|--------------|---------------|
| 受付年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 担当者 |
| 伺年月日 | 年 月 日 | | |
| 決裁年月日 | 年 月 日 | | |
| 支給決定額 | 円 | | |
| 支給内訳 | 傷病手当金 | 円 日額 円 | 資格取得日 年 月 日 |
| | 傷病手当金付加金 | 円 日額 円 | 資格喪失日 年 月 日 |
| 支給開始日 | 年 月 日 | 障害年金額日額、手当金額 | 日額 円、 円 |
| 支給期間 | 年 月 日から 日間 | 老齢(退職)年金額日額 | 日額 円 |
| | 年 月 日まで | 全部・一部不支給 | 期間 年 月 日から 日間 |
| 通算期間 | 前支給期間 年 月 日から 年 月 日まで | | 理由 |
| 備考 | | | |

健康保険 傷病手当金(付加金) 支給申請書 第 回

| | | | | | |
|--|--|--|------------|--|---------|
| 被保険者記入欄 | 記号・番号 | | 被保険者生年月日 | 昭和 年 月 日 | |
| | 被保険者氏名 | (フリガナ) | 備考欄 | 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。) | |
| | 被保険者住所電話番号 | 〒 - | Tel | | |
| | 給付に関する同意 | 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行なうにあたり、エービービー健康保険組合が関係機関に対して健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行なうこと、関係機関が照会の回答をすること、エービービー健康保険組合が得た情報等に基づき関係機関に照会すること、に同意いたします。 なお、照会が複数になる場合は、本書の写しも有効とさせていただきます。 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。 同意の日 令和 年 月 日 | | 当組合に加入される前の、直近の保険者名 当組合に加入される前の、直近の記号・番号 | |
| | 事業所名称 | | 事業所所在地 | 〒 - | |
| | 振込希望先金融機関 | 名称 | 銀行 | 支店 | 預金種別 普通 |
| | 傷病名 | 1 | 発病または負傷年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | | 2 | | 令和 年 月 日 | |
| | | 3 | | 令和 年 月 日 | |
| | 該当の傷病は病気(疾病)ですか、けが(負傷)ですか | <input type="checkbox"/> 病気 →発病時の状況 () <input type="checkbox"/> けが →労災に該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない →第三者行為に該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <small>「する」場合は本傷病手当金を申請できません。 「する」場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small> | | | |
| 療養のために休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日数 日間 | | | | |
| あなたの仕事内容(具体的に)(退職後の申請の場合は退職前の仕事内容) | | | | | |
| 療養のために休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | →「はい」の場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 | | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円 | |
| 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。 | <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> どちらも受給してない | 受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 | 傷病名 | 基礎年金番号 | |
| 資格喪失された方 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。受給している場合、その名称をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ | 老齢または退職を事由とする公的年金の名称や基礎年金番号等をご記入ください。 | 名称 | 基礎年金番号 | |
| 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。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ | 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください | 労働基準監督署 | | |
| 介護保険サービスを受けたとき | 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者名称 | | |

| | |
|-------------------|--|
| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | |
|-------------------|--|

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|--------------|----------------------------|----------|----|
| 事業主記入欄 | 被保険者氏名 | | 労務に服できなかった期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | 日間 | |
| | 勤務状況 【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ください。 | | | | 出勤 | 有給 |
| | 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 | 計 | 日 | 日 | |
| | 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 | 計 | 日 | 日 | |
| 上記の期間中支払う報酬関係 | 全額支給した場合、または支給する場合 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | の分として | 円 (月 日支払) | 日額 円 | |
| | 一部支給した場合、または支給する場合 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | の分として | 円 (月 日支払) | 日額 円 | |
| | 現在までにもまた、将来も支給しない場合は、その旨 | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | 令和 年 月 日 | |
| 事業所所在地 | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | |
| 事業主(代理人)氏名 | | | | | Tel () | |

| | | | | | |
|------------------|--------------------------------|---|---------------------|--|--|
| 傷病手当金(付加金)受給の委任状 | 私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 | | | | |
| | 令和 年 月 日 | 請求した傷病手当金・傷病手当金付加金のうち _____ 円を受領に関すること。 | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | |
| 委任状 | 被保険者の 住所 _____ 氏名 _____ | | | | |
| | 代理人の 住所 _____ 氏名 フリガナ _____ | | | | |
| 代理人の口座情報 | 銀行 | 支店 | (普通 当座 No. _____) | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------------|--|---|--|--|----|--|--|--|----------------|----------------|-----------------|----------|
| 療養担当者の意見記入欄 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 1 | | | | | | | | | | | 療養の給付開始年月日(初診日) | 令和 年 月 日 |
| | | 2 | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 |
| | | 3 | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 |
| | 発病または負傷の年月日 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 | <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> その他 | 転帰 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 | <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) | | | | | | | | | | | 手術年月日 令和 年 月 日 | 退院年月日 令和 年 月 日 | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき | 人工透析の実施または人工臓器を装着した日 | 年 月 日 | 人工臓器等の種類 | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 | <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel () | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類

- ・ 休職状況確認のため、申請期間中の出勤簿等のコピー
 - ・ 申請期間中の賃金支払い状況確認のため、賃金台帳等のコピー
 - ・ 任意継続被保険者になられた場合、傷病手当金受給のため雇用保険の失業給付を受給しないことを示す書類のコピー
- ※上記以外に追加で添付資料を求める場合があります。

注意事項

給付に関する同意は必ず手書きで✓を入れてください。

健康保険法第61条の受給権の保護、また、厚生労働省の通知により、請求権を有する被保険者が死亡したとき、民法第887条、第889条、第891条の規定による相続人が請求・受領してください。

相続人が未成年の場合は、未成年後見人(民法第838条)が請求・受領してください。