

◎第1回目の申請については、その期間にかかる出勤簿(写)、及び賃金台帳(写)を添付してください。(2回目以降であっても、一部でも報酬の支払があるとき、また申請期間が継続していない場合は添付してください。)

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	●給与締日と支払日を記入してください。 ※賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)については、添付する賃金台帳(写)に記入してください。			
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ <input type="checkbox"/> はい →(※下記に内訳を記入してください) <input type="checkbox"/> いいえ			締日	支払日	(当月・翌月)
	報酬の名称	支給対象期間	支給額			
		月 日 ~ 月 日	円	[備考] ※有休がある場合は、日額を記入してください。 ●有休日額:[円/日] ●復職状況:[月 日] 復職・未復職		
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
	上記のとおり相違ないことを証明します。			担当者氏名		
				証明日 令和 年 月 日		
所在地						
名称						
事業主氏名			TEL ()			

*療養を担当した医師の方へのお願い
 ・労務不能と認められた期間については未来日は記入しないで下さい。※証明日以前の期間を記入して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名			発病または負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	
	傷病名 ※(1)から労務不能と認められた主たる病名を記入して下さい。	(1)			療養の給付開始年月日(貴院の初診日)	(1) 平成・令和 年 月 日	
		(2)				(2) 平成・令和 年 月 日	
		(3)				(3) 平成・令和 年 月 日	
	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	発病または負傷の原因			
	労務不能期間中の入院期間	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	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> その他 <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 (入院と通院の合計)	日	診療日を○で囲んで下さい	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		
	・上記の労務不能の期間中における「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) ・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日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()			
上記のとおり相違ありません。							
証明日 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 ()							

記入上のご注意

傷病手当金は被保険者が業務外の病気やケガで療養のため仕事を休み、その間給与等が支払われないとき、被保険者の生活費を保障するための保険給付になりますので、給与の締日に合わせ1か月毎に申請してください。

傷病手当金支給申請書提出後、健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。(その他の書類を提出していただくこともあります。)

《共通事項》

- ・ 期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。例えば6月13日から6月19日までは、7日間となります。

《被保険者の方へ》

・ 記号・番号は保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。ただし、申請期間が喪失後もしくは任意継続取得後の場合は在職時の記号・番号を記入してください。

・ お仕事の内容は、事務員などではなく、「経理担当事務」「プログラマー」など具体的に記入してください。(退職後の期間を申請される方は、在職時のお仕事の内容を記入してください。)

・ ④の負傷原因について第三者行為、交通事故に該当する場合、負傷原因届などのご提出が必要となります。これらに関する事務業務をガリバーインターナショナル株式会社に委託しております。第三者行為、交通事故による負傷の場合は、「ガリバーインターナショナル株式会社 求償課」へご連絡ください。

・ また、労災に該当する傷病については申請できません。ただし、休業補償給付の額が傷病手当金の額より低いときは、その差額が支給されます。

【添付書類】

初回申請の方	① 同意書 ② 状況照会書(今までに加入していた健康保険で傷病手当金を受給したことが無い方は、添付省略可)
障害厚生年金、障害手当金の給付を受けている方 【①又は②、及び③、④を添付】	① 障害年金証書の写し(障害年金受給の場合) ② 障害手当金決定通知書の写し(障害手当金受給の場合)又は、これに準ずる書類の写し ③ 給付額と支給開始年月を証明する書類の写し ④ 直近の額を証明する書類(年金振込通知書等)の写し
老齢退職年金の給付を受けている方 (資格喪失後に申請する場合)	① 老齢退職年金の年金証書の写し又はこれに準ずる書類の写し ② 給付額と支給開始年月を証明する書類の写し ③ 直近の額を証明する書類(年金額振込通知書等)の写し

※年金額に変更があった場合は、健保までへご連絡ください。(「年金額改定通知書」をご提出いただくこととなります。)

※必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

《保険給付金の振込先について》

・ 初回申請時、同意書にご記入いただいた口座にお振込みいたします。振込先と変更なる場合は、YG健保までご連絡ください。

・ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、「委任状」が必要となります。

健保HP記載の委任状を記入、添付ください。

《事業主の方へ》

・ 被保険者の資格を喪失した後の期間であるときは、事業主の証明は必要ありません。

・ 医師証明欄「労務不能と認められた期間」と同じ期間を事業主証明欄「労務に服さなかった期間」として証明ください。

・ 「労務に服さなかった期間」に報酬が支払われている場合には、「上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?」の「はい」にチェックを入れ、支払った報酬の名称(有給休暇、通勤手当等)、支給対象期間、支給額を記入してください。

・ 備考欄へ有休日額(有休がある場合)、復職状況を記入してください。

・ 書類作成日が証明日となります。必ずご記入ください。※「労務に服さなかった期間」を過ぎてから証明してください。

【添付書類】

第1回目の申請及び第2回目以降であっても、 ・一部でも報酬の支払がある場合 ・申請期間が継続していない場合	申請期間にかかる ① 出勤簿(写) ② 賃金台帳(写) ※欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行なわれた月の賃金台帳(写)が必要です。
---	---

※添付していただく出勤簿(写)には、「出勤」・「有給休暇」・「欠勤」等、勤怠の表示が必要です。

※賃金計算方法(欠勤控除計算方法)については、添付する賃金台帳(写)に記入してください。

※必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

《医師の方へ》

・ 「労務不能と認められた期間」については、治療期間でなく、該当の傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認められた場合にのみ、ご記入くださいますようお願いいたします。

また、証明日以前の期間を記入してください。

・ 「症状および経過」、「労務不能と認められた医学的な所見」をなるべく詳しく記入してください。特に手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を記入してください。

・ 人工透析または人工腎臓等を装着したときは、実施日または装着日を記入してください。

なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」の該当箇所にチェックを入れてください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

傷病手当金の時効の起算日については「労務不能であった日ごとにその翌日」となります。

虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。

<お問い合わせ先> YG健康保険組合 TEL 03(3511)8201