

【申請方法】

①申請書に必要事項を記入し、医師の証明を受けた後、各社担当へ提出ください。

【必要書類】

・老齢厚生年金、障害年金等を受給中の場合：年金証書（写）又は年金額改定通知書（写）
 ※その他必要に応じて当組合より追加で資料の提出をお願いする場合がございます。

常務理事	担当者	担当者	

傷病手当金支給申請書・同意書

												第 回 目		
(1/2)														
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険の 記号番号	記号	番号	生年月日			昭和 平成	年	月	日				
	被保険者 氏名	(フリガナ)			被保険者 住所	〒								
	傷病名				発病 又は 負傷 年月日	平成 令和	年	月	日	職種				
	申請期間 (病気または ケガで休んだ 期間)	年 月 日 から			日間									
	第三者行為 によるもの ですか	1. いいえ	発病または 負傷の原因	(いつ)	年 月 日			詳しい負傷原因等をご記入ください。 1. 私用中 2. 仕事中 3. 通勤途中 4. その他()						
		2. はい		(どこで)										
	労災保険の 休業補償給付 を受けていま すか	1. いいえ	「はい」または「労災請求中」の場合、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								
	各種年金・ 障害手当金 受給の有無	1. なし	種別	1. 障害厚生年金	基礎年 金番号	受給 金額	年額		受給 対象の 傷病名					
		2. あり		2. 障害手当金			円							
	資格喪失後 の方・任意継続 被保険者の方 のみ	老齢または退職を事由 とする公的年金の受給 の有無	1. なし	基礎年 金番号	受給 金額	年額								
	2. あり	3. 請求中	円											
ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合 理事長殿 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたりダイレクトマーケティングミックス健康保険組合が関係機関に対して、 給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報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。 年 月 日 ※関係機関とは、前加入被保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 被保険者氏名 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。														

委任 状	私は、本請求に基づく給付金の受領に関することを 年 月 日 被保険者氏名 に委任いたします。
---------	---

振 込 先 金 融 機 関 (※1)	第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてくださ <input type="checkbox"/> い。 (チェックをした場合、下段の金融機関の記入は省略できます)			
	被保険者名義※2 の口座をご記入 ください。その 他の名義口座の 場合には上段 の、「委任状」 欄に署名が必要 となります。		銀 行 本店 金庫・信組 支店 農協・漁協	
	支店番号	普通 当座	口座番号(右づめ)	
	名義人(フリガナ)			

年 月 日 提出

 受付日付印

※ 被保険者証の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名	様										
	傷病名	(1)					初診日 (療養の給付開始年月日)	(1) 年 月 日				
		(2)						(2) 年 月 日				
		(3)						(3) 年 月 日				
	発病または負傷年月日	平	年	月	日	発病または負傷の原因						
	労務不能と認められた期間	年 月 日 から					日間	左の期間中の診療実日数	日間			
		年 月 日 まで										
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日 から					日間	入院の費用の別	健保 公費 自費 その他	転 帰	治 中 線 転	癒 止 越 医
		年 月 日 まで										
	傷病の主状態及び経過概要	労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください。 症状からみて労務不能と認められた医学的所見を詳しくご記入ください。										
人工透析を実施または人工臓器を装着した場合	(人工透析を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) 1.人工透析 2.人工骨頭 3.人工肛門 4.心臓ペースメーカー 5.人工関節 6.その他()					今後の就労見込	1.可能(令和 年 月頃) 2.不明
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 電話												

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業所が証明するところ	被保険者氏名											
	報酬の支給形態	1.月給制 2.日給月給制	締日	日	欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)							
		3.日給制 4.時間給制			・基本給は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき)							
		5.その他()	支払日	日	・諸手当は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき)	・その他()						
	労務に服さなかった期間	年 月 日から			年 月 日まで			ただし(具体的な日付を記入してください)			左の期間中に報酬を支給しました(します)か	1.支給した(する) 2.支給しない
	上記の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額について、報酬の締切ごとに記入してください。											
			基本給	家族手当	営業手当	通勤手当	役職手当	手当	手当	手当	手当	手当
	欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	実際の報酬支払額	月分	年 月 日から	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円
		月分	年 月 日から	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円
療養の継続及び出社の確認		1. 継続療養中 (証明日現在) 2. 出 社 (年 月 日から)										
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話												

傷病手当金等を申請される方へ

【記入上の注意事項】

下記の注意事項をご確認の上、申請してください。

1. 申請書の「被保険者（申請者）が記入するところ」の記入漏れがないようお願いいたします。
2. 原則、1ヵ月毎に申請してください。数か月まとめて申請も可能です。
3. 「傷病または負傷で療養するため休んだ期間（被保険者が記入するところ）」と医師の証明「労務不能と認められた期間」は、同じ期間の証明が必要です。なお、医師が証明する労務不能期間は、必ず事後に証明を受けてください。（将来に向かっての証明は、受付できません）
4. 被保険者以外の口座名義へお振込みをご希望される場合は、必ず委任状の欄にご記入ください。
5. 負傷原因が第三者によるものや、傷病の原因が外傷による場合は、組合より文書等で確認させていただくことがあります。予め「発病または負傷の原因」に出来るだけ詳しく、ご記入ください。
6. 資格喪失後も傷病手当金を受給されている方に対して、健保から生活状況の調査をさせていただく場合があります。
7. 既に傷病手当金を受給している場合で、その後に支給申請書の傷病名の変更や会社への休職願に添付する診断書の病名が変更になった際は、待期間等が変更になる可能性がありますのでご了承ください。
8. 業務上や通勤途中での病気やケガは労災保険の給付対象となりますので、労働基準監督署にご相談ください。

【障害年金・障害手当金・老齢年金等について】

1. 障害年金・障害手当金・老齢年金を受給している場合は、内容（受給の原因となった傷病名等・金額）を証明できる書類を添付してください。（受給資格者証（写）、直近の年金裁定通知書（写）等）
※年金等の額が傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。
2. 傷病手当金の受給中に、障害年金等の受給状況や金額変更があった場合は、速やかに当組合にご連絡ください。

【支給日について】

健康保険組合での受付日により支払日が異なります。（不備や審査状況によって遅れる場合があります）

健保受付日	支払日
1日～15日	当月末
16日～月末	翌月15日

【照会先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合
電話番号 06-4397-3260