

(注) 記入箇所を訂正する場合は、記入者の訂正押印が必要です。(修正テープ等不可)

本人が記入してください。

【留意事項】 今回の傷病手当金申請期間前3年間の傷病手当金給付履歴等を前保険者等に照会するため、「傷病手当金給付履歴等申出書(A)」および「個人情報提供同意書」を追加でご提出いただくことがあります。

①	記号・番号 9 9 9 9 - 1 0 3	② 被保険者の生年月日 昭和 40 年 9 月 21 日	③ 事業所名 〇〇〇〇 株式会社
④	(フリガナ) マルイ マルオ 被保険者の氏名 〇井 〇夫	⑤ 具体的な業務内容 工場での製品点検	
⑥	(フリガナ) トウキョウトアラカワクマルチョウ シカクマンション 被保険者の住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都荒川区〇町 1-2 □マンション304	固定電話 03 ( 0000 ) 0000 携帯電話 090 ( 0000 ) 0000	
⑦	傷病名とその発病(負傷)年月日 (1) 右足関節骨折 (2)	令和 7 年 4 月 8 日 年 月 日	
⑧	療養のため休んだ期間(申請期間) おおよね1か月単位としてください 令和 7 年 4 月 9 日 から 令和 7 年 4 月 30 日 まで ( 22 日間 )		
⑨	発病(負傷)の状況を詳しく記入してください 会社から帰宅した後、買い物に向かう途中の階段で転倒してしまい右足を強打して負傷。 (午後9時ぐらい) 翌日、医療機関を受診し、骨折していることが判明した。		
⑩	第三者行為(交通事故や暴力行為等)によるものですか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	【提出書類】 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を別途提出してください。	
⑪	労災保険から休業(補償)給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中	【添付書類】 「はい」の場合は、「休業(補償)給付支給決定通知書」の写しを添付してください。	
⑫	「障害年金」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"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	【添付書類】 「はい」の場合は、初回のみ「年金証書」の写しを添付してください。 「請求中」の場合は、初回のみ「誓約書」を添付してください。 障害年金等の受給が決定したら「年金証書」の写しをご送付ください。障害年金と傷病手当金は給付調整を行う場合があります。詳細は、「傷病手当金の支給要件等」をご参照ください。	
⑬	「はい」または「請求中」の場合は、支給原因の傷病名を記入してください。 支給開始年月日 年 月 日 年 額 円		
⑭	「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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 支給開始年月日 年 月 日 年 額 円	【添付書類】 「はい」の場合は、初回のみ「年金証書」の写しを添付してください。 「請求中」の場合は、初回のみ「誓約書」を添付してください。 老齢年金の受給が決定したら「年金証書」の写しをご送付ください。老齢年金と傷病手当金は給付調整を行う場合があります。詳細は、「傷病手当金の支給要件等」をご参照ください。	
⑮	【在籍中の方】 この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 会社へ委任してください 被保険者氏名 〇井 〇夫 *支払日等の詳細は、所属会社の担当者にお問い合わせください。		
⑯	【退職後の方】 振込先を記入してください(任継者は登録口座へ振込のため記入不要) 銀行・信金 信組・農協 本店 支店 普通・その他( ) 口座番号 口座名義		

⑧ 申請期間における療養のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)を記入してください。

⑩ 交通事故や暴力行為等が第三者行為に該当します。それに起因する発病(負傷)であるかチェックをつけてください。[関連疾病含む]

⑮ 在籍中の方は、会社へ委任してください。退職後の方は、振込先を記入してください。(任継者は登録口座へ振込のため記入不要)

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

\*年月日は元号でご記入ください。

R7.4 三井健康保険組合

【被保険者の添付書類】

- 添付書類は必ず添付のうえ、ご申請ください。また、審査に必要な書類を随時依頼する場合がありますので、ご了承ください。
- 退職後の期間を申請される方は、次の書類を添付してください。
  - ①「離職票1・2」の写し ②「雇用保険受給期間延長通知書」の写し ③「傷病手当金状況説明書(B)または(C)」
- 障害厚生(基礎)年金、または老齢厚生(基礎)年金の給付を受けている方は、初回の申請時に「年金証書」の写しを添付してください。
- 障害厚生(基礎)年金、または老齢厚生(基礎)年金を請求中の方は、「誓約書」を添付してください。
- 労災保険から休業(補償)給付を受けている方は、「休業(補償)給付支給決定通知書」の写しを添付してください。

【被保険者の提出書類】

第三者行為による傷病の場合は「第三者行為による傷病届」を別途提出してください。

【留意事項】

今回の傷病手当金申請期間前3年間の傷病手当金給付履歴等を前保険者等に照会するため、「傷病手当金給付履歴等申出書(A)」および「個人情報提供同意書」を追加でご提出いただくことがあります。

労働者本人が記入する欄を訂正する場合は、訂正した期間を記入し、医師の訂正印が必要となります。全ての項目を証明してください。

A 患者氏名		○井 ○夫	
B 傷病名	(1)	右足関節骨折	発病(負傷)の年月日
	(2)		年月日
C 労務不能と認められた期間		令和 7 年 4 月 9 日から 令和 7 年 4 月 30 日まで	22 日間
D 発病(負傷)の原因		右足強打	
E 入院期間		年月日から 日間	入院
F 療養費用の別		健康・自費・公費( )・その他	
G 転帰		治療・継続・中止・転医	
H 診療実日数	7 日	① 診療日を○で囲んでください。	
I 労務不能と認められた期間に行った診療内容			
・投薬の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり (22 日分) <input type="checkbox"/> なし ・通院指導の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり (6 回) <input type="checkbox"/> なし (理由 ) ・療養の指示内容・経過概要 (検査や手術など、できるだけ詳しく記入してください)。 上記傷病による疼痛と腫張著しい。 固定用伸縮帯による外固定と薬物療法をおこない、経過観察中である。 ・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 痛みと腫れから体動困難であり、労務不能であったと認める。			
K 障害年金診断書について		障害年金用 診断書の記載	あり・なし
		診断書の傷病名	
上記のとおり相違ありません。 令和 7 年 5 月 2 日			
医療機関の所在地		東京都大田区○町○-○-○	
名称		○△病院	
医師の氏名		△杉○蔵	
		電話	03 ( 0000 ) 0000

療養を担当した医師の証明を受けてください。

治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数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詳しく記入してください。

労働者本人が記入する欄を訂正する場合は、訂正した期間を記入し、事業主の訂正印が必要となります。

① 労務に服さなかった期間	令和 7 年 4 月 9 日から 令和 7 年 4 月 30 日まで (22 日間)	② ①の期間の出勤日数と有給日数	出勤日数 0 日間 有給日数 1 日間
③ 給与の種類	月給 日給月給・日給 時間給・その他( )	④ 給与締切日と給与支給日	固定給 月末 日締、当月・翌月 25 日支払 非固定給 月末 日締、当月 翌月 25 日支払
⑤ 欠勤控除の有無	あり・なし	⑥ ⑤「あり」の場合、精算方法	当月給与・翌月給与・その他( )
⑦ ⑤ありの場合、欠勤控除の算出方法	$300,000 \text{円} \div 21 \text{日} \times 14 \text{日} = 200,000 \text{円}$ (固定給) (稼働日数) (欠勤日数)		
⑧ 通勤手当の支給の有無	あり・なし	「あり」の場合は、支給月の「賃金台帳」の写しを添付してください。	
⑨ ⑧ありの場合、期間、金額、精算の有無	4 月 1 日 ~ 9 月 30 日分	60,000 円	精算する・精算しない
⑩ 現物給与の有無	あり・なし	⑪ ⑩「あり」の場合、現物給与の名称、金額	円
⑫ ①の期間を含む給与締切日に支払われた報酬について 【月給者・日給月給者・日給者】→ 固定給・日給以外の報酬を記入してください。 【時給者】→ 時間内・時間外手当以外の報酬を記入してください。			
報酬の名称	期間	支給額	支給額
時間外勤務手当	4 月 1 日 ~ 4 月 30 日分	20,000 円	
休日出勤手当		20,000 円	
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 7 年 5 月 9 日	担当者氏名 ○○ ○○
事業所の所在地		東京都中央区○町 1-2	
名称		○○○○ 株式会社	
事業主の氏名		○町 ○一	
		電話	03 ( 0000 ) 0000

お勤め先の事業主の証明を受けてください。資格喪失日以降の申請期間については、空欄で提出してください。

【事業主の添付書類等】  
 ・労務に服さなかった期間(賃金計算期間)の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。  
 ・労務に服さなかった期間以外の「賃金台帳」と「出勤簿」等の写しを追加でご提出いただく場合があります。  
 R7.4 三井健康保険組合

③ 該当する給与の種類を○で囲んでください。

- ・月給とは、公休日給が給与補償されている方であり、次のような欠勤控除をされている方が該当します。  
 例1) 固定給 ÷ 暦日数 × 欠勤日数      例2) 固定給 × ○% × 欠勤日数 など
- ・日給月給とは、公休日給が給与補償されていない方であり、次のような欠勤控除をされている方が該当します。  
 例) 固定給 ÷ 稼働日数 × 欠勤日数 など

【事業主の添付書類】  
 労務に服さなかった期間(賃金計算期間)の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。