

傷病手当金/傷病手当金付加金請求書 延長傷病手当金付加金請求書

(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 ※下記の該当する番号を○で囲んでください。

同意書	アイシン健康保険組合理事長殿	健康保険 記号・番号	記号	番号	記入日	令和 年 月 日	
	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定をするにあたりアイシン健康保険組合が、関係する官公署・医療機関に対し、給付記録、療養の記録診療履歴等の照会の依頼を行い、回答提供を受けることについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効であることに同意します。	会社名	※退職後の申請の場合は退職前の会社名				
		被保険者 氏名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日			
		連絡先	〒	都道府県	市区	町	
		自宅Tel	携帯Tel				
被保険者が記入するところ	① 現在の状況	1. 在職 又は 休職中 2. 退職後任意継続加入 3. 退職 (国保加入) 4. 退職 (他健保加入) 3、4 該当者は保険証コピー、又は資格情報のお知らせの写しを添付。又、診療実績の分かる診療明細書、調剤明細書の写しを添付してください。					
	② 申請期間 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				
	③ 仕事の内容	退職後の申請の場合は退職前の仕事内容					
	④ 傷病名	1)		2)			
	⑤ 発病負傷年月日	1. 平成 年 月 日		もしくは 1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日			
	⑥-1 負傷の原因	1. 工作中 (業務上) 以外の傷病 2. 工作中 (業務上) での傷病 1) 業務量負荷・業務不適合・人間関係 2) その他 3. 通勤途中での傷病		⑥-2	労働基準監督署からの 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか		
	⑦ 傷病の原因は第三者の行為 (交通事故やけんか等) によるものですか	1. はい 2. いいえ		※「1. はい」の場合、別添「第三者行為による傷病届」をご提出ください。			
確認事項	①-1 障害厚生年金、障害手当金について 今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	1. はい 2. いいえ		※「1. はい」の場合、年金給付額等が分かる書類、年金の直近の額を証明する書類、年金証書、年金改定通知書等、何れかが写しを提出ください。			
	①-2 老齢年金等について 退職等による健康保険資格喪失後の期間について申請する場合、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。	1. はい 2. いいえ					
	①-3 休業補償給付について 今回申請する期間において、自動車保険から休業補償給付を受給していますか	1. はい 2. いいえ		3. 請求中			

◆労務に服することができなかった期間を含む勤務状況、及び賃金支払状況等をご記入ください。

資格区分	<input type="checkbox"/> 管理職 (課長以上)	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 時給制	退職状況	令和 年 月 日 [退社・退社予定]
------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	------	----------------------

◆勤怠状況：医師意見書欄記載の『労務不能であったと認めた期間』の勤務状況

A	1	2	3	4	5	6	7	B	1	2	3	4	5	6	7	C	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
月	29	30	31					月	29	30	31					月	29	30	31				

◆給与支払状況：『労務不能であったと認めた期間』に賃金を支給しました(します)か？

① 上記期間全て支給無

② 月によって支給有 ⇒ ③へ

③ 1カ月分の給与、諸手当の支給状況	一部支給の場合は、下記項目を記入 (1カ月分支給する諸手当の金額)				
対象月	賃金支給の有無(○を記入)	通勤手当	家族手当	役職・資格手当	住居・食事手当
A()月分	支給無 全額支給	円	円	円	円
B()月分	支給無 全額支給	円	円	円	円
C()月分	支給無 全額支給	円	円	円	円

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者

健康保険組合記入欄

手当日額：月の合計額 ÷ 30

÷ 30

控除期間

控除日額

療養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名	医療機関の名称、所在地は必ずゴム印を使用してください 訂正した場合、必ず医師の訂正印を押してください。																															
	傷病名と 診療開始日	1)	昭・平・令			年	月	日																									
		2)	昭・平・令			年	月	日																									
	発病又は 負傷の原因							診療実日数が0日間もしくは初診日以前の期間を労務不能と判断した理由 1. 本人の訴えによる 2. 医学的根拠による 医学的根拠による理由																									
	労務不能で あったと 認めた期間	令和	年	月	日から	診療実日数																											
		令和	年	月	日まで		日																										
	労務不能期間 の診療日 ※診療日に○を 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
	症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見、治療内容、療養指導等詳しくお書きください。 通院指導・服薬状況が未記入等、保険者として判断できない場合は不支給となるおそれがありますので、詳しく記入ください。 ◎通院指導有：()週間に()回 ◎通院指導無：理由() ◎投薬有：()日間処方 ◎投薬無：理由：(1. 本人が希望しない 2. その他) ◎労務不能と判断した理由：																																
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日																																	
医療機関の所在地													転帰	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転院																
医療機関の名称													療養費の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費	<input type="checkbox"/> 自費																	
医師の氏名													人工透析、人工臓器装着日			平成・令和 年 月 日																	
電話	— —																																

健 保 組 合 記 入 欄	資格	取得	昭和	平成	令和	年	月	日	控除	不支給日			
	喪失	令和	年	月	日	報酬・年金控除	月	日額		円	月	日額	円
	傷手給付開始日	令和	年	月	日	傷手・延手 支給期間	令和	年	月	日から	日間		
	傷手給付満了日	令和	年	月	日		令和	年	月	日まで			
	延手給付開始日	令和	年	月	日	支給回数	傷手	回	延手	回	受付No.		
	延手給付満了日	令和	年	月	日		備考						
前回支給	令和	年	月	日まで									

《請求者の方への注意事項》

請求ルート：	従業員	本人	⇒	医師	⇒	本人	⇒	人事	⇒	健保
	退職者	本人	⇒	医師	⇒	本人	⇒		⇒	健保

- ① すべてボールペンでご記入ください（鉛筆での記入・コピーは不可）
- ② 「療養担当者が意見を記入するところ」は必ず医師に記入していただいでください。
- ③ 今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の待機期間（支給されない期間）がありますが、待機期間を年休・会社休日とすることも可能です。
- ④ 請求には事業主の勤怠証明が必要ですので、必ず会社の人事経由で提出してください。
資格喪失および任意継続の方は本人から直接、アイシン健保に送付してください。
- ⑤ 支給日は、毎月8日までに会社の人事よりアイシン健保に到着した請求書が、同月22日の支給対象です。
会社への締切日は会社の人事部にご確認下さい。なお、長期連休の場合は締切が早くなります。
- ⑥ 上記締切に関わらず、書類に不備がある場合・記載内容について調査（医師照会等）が必要な場合、支給日が遅れることがあります。
- ⑦ 支給金額についてお電話ではお答えできません。又、紙での通知書は発行しません。
アイスマイル・ポータルに登録をして、ご自身で支給金額等をご確認ください。
アイスマイル・ポータルは、支給月の21日頃からダウンロードいただけます。アイスマイル・ポータルQRコード
- ⑧ 請求権の時効は2年です。（労務不能になった日ごとに2年経過）
- ⑨ 一回の申請は3ヶ月以内です。3ヶ月を超える申請は、複数枚（医師証明含む）提出してください。
- ⑩ 傷病手当金、延長傷病手当金付加金は、会社指定口座に振込みます。