

※請求の時効は2年です

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

※締切日以降健保到着分は翌月支払です

デンソーグループ分
(デンソーを除く)

年 月 日 提出

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|------------|--------------------------------|---|---|----------|---------|
| 被 保 者 記 入 欄 | 記号-番号 | — | フリガナ 氏名 | 請求書裏面、記入例を全て確認の上、請求します。 | 従業員番号 | 仕事の内容 | 社内メールNo. | |
| | 自宅 住所 | TEL - - | | | | | | 〒 |
| | 照会等 の同意 | 私は、本手当金の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、又は他の関係する保険者等に必要情報を提示すること及び照会すること、前職時のレセプトの開示することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 | | | | | | 氏名 印 |
| | 傷病名 | 発病・負傷 の原因 | | | 発病・負傷の原因は第三者の行為(交通事 故・ケンカ等)によるものですか? | | はい・いいえ | |
| 休業した 期 間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 (土日祝日を含む日数を暦日で正しく記入) ↑ | | | 障害年金・障害手当金・老齢 年金等を受給していますか? | はい いいえ | はいの場合は、年金証書及び裁定通知書・年金改定通知書の写しを添付して下さい。(障害年金・障害手当金を受給している場合は、障害者手帳の写しも添付して下さい) | | |
| 振 込 先 | ※裏面の4項⑥をご確認下さい。 | | | | | | | |
| | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | 店 店 番 番 | 普通・当座 | 口座No. | | 名義人 | 印 | |

| | | | | | | |
|--|--------------------|-----------------------------|----------------|---|---------------|--------------------------|
| 療 養 担 当 者 の ご 意 見 記 入 欄 | 傷 病 名 | | | | 発病又は負傷の日 | 令和 年 月 日 |
| | | | | | 診 療 開 始 日 | 令和 年 月 日 |
| | 労務不能であった と認めた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | 左記のうち 診療実日数 | 日 | 左記のうち 入院期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |
| | 傷病の主症状 及び経過概要 | 発病または負傷の原因 | | | | |
| ※労務不能と認めた理由を詳しく記入して下さい。妊娠している場合、何か月かを記入して下さい。 | 医療機関住所 | | | | | |
| | 医療機関名称 | | | | | |
| | 医 師 名 | | 印 | | | |
| | 証 明 日 | | 令和 年 月 日 | | | |

| | | | |
|------------------|---|-------|---|
| 書 記 入 欄 | 休職発令日(令和 年 月 日)、全て病欠(月 日～ 月 日) | 現在の状況 | 1. 休業中 2. 復職(月 日付) 3. 退職(月 日付) (理由:) |
| | 【勤務・休務状況】 | 備考欄 | |
| | <勤務・休務マーク> 会社休日 赤で○ 出勤 ○ 病欠 × 無給公休 ▼ 早退日 △ 有休・やすらぎ休暇 △ 午前有休(やす休) ◇ 午後有休(やす休) ◆ 事故欠勤 ☆ 公休 ◎ | 書記所属 | 書記データ印 |
| | | メール | TEL |

| | | |
|----------------------------|-------------------|-------------------------|
| 事 業 主 証 明 欄 | 労務に服さなかった期間と日数 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間) |
| | 上記期間の報酬 | 月 額 |
| | 給与形態 | 1. 月給 2. 日給月給 3. 他() |
| | 手当 | 円 |
| | 記入の通り相違ないことを証明する。 | |
| | 事業主 住所 | |
| | 名称 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | | | | | | | |
|---|---------|-------------|-----------------------|-------|------|---------|------------|-----|
| 健 康 保 険 組 合 記 入 欄 | 資格取得日 | S H R 年 月 日 | 支 給 期 間 | 月 日から | 手当日額 | 円 ÷ 30日 | 室 長 | 検 討 |
| | 資格喪失日 | H R 年 月 日 | | 月 日まで | 手当日額 | 円 × 日 | | |
| | 傷手給付開始日 | H R 年 月 日 | 不 支 給 期 間 | 月 日から | 手当日額 | 円 × 月 | 担 当 | 受 付 |
| | 傷手給付満了日 | H R 年 月 日 | | 月 日まで | 手当日額 | 円 × 月 | | |
| | 延手給付開始日 | H R 年 月 日 | 回数 | 日間 | 減額合計 | 円 | 月給者 ・ 104条 | |
| | 前回支給 | H R 年 月 日 | 回数 | 日間 | | | | |

< 傷病手当金とは >

被保険者（本人）が病気やけがの治療のため仕事に就くことができず、給料等がもらえないときには、生活の安定を図るために「傷病手当金」が支給されます。

< 注意事項 >

1. 請求ができるとき

- ① 病気やケガで療養のため仕事を休んでいること。（業務上・通勤途上事故を除く）
- ② 仕事に就けない状態であること。
- ③ 4日以上仕事を休んでいること。（療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間の待期間をおき、4日目から支給されます）
- ④ 報酬の全部または一部の支払いがないこと。

※①～④すべてに該当していること。

2. 手続き方法

- ① 請求書の「被保険者記入欄」を記入する。
- ② 担当医に請求書の「療養担当者のご意見記入欄」を記入してもらう。
- ③ 職場の書記（人事事務担当者）へ提出する。

【提出経路】 本人 → 病院 → 本人 → 書記 → 事業主 → 健保

3. 締切日と支給日

- ① 健康保険組合の締切日は毎月10日（土・日・祝日の場合はその前日）です。書記への提出については必ず書記へ確認して下さい。但し、毎年8月に限り（長期連休があるため）健康保険組合の締切日を稼働日2日目に変更します。
- ② ①の締切日までに健康保険組合に届いた分について、当月27日（土・日・祝日の場合はその前日）に健保登録口座へ振り込みます。手続上、入金までに2～3日要する場合がありますのでご了承下さい。また、書類の不備や内容の調査等により支給を決定するまでに2～3ヶ月かかる場合もあります。
- ③ 請求の効力は2年です。2年以内に提出して下さい。

4. 請求書記入上の注意事項

● 共通事項

記入はボールペンで記入もれ・印もれのないようにして下さい。また、字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、抹消部分に各記入者の印を押して、その上部余白に正しい字句を記入して下さい。

● 「被保険者記入欄」…被保険者の方へ

- ① この請求書に記入する内容は、すべて記入日以前の期間について記入して下さい。見込みでの請求は出来ません。
- ② 「発病・負傷の原因」は、特に外傷の場合、具体的に詳しく記入して下さい。原因不明の場合は「不明」と記入して下さい。
- ③ 有給休暇・やすらぎ休暇使用後に病欠になった場合は、有給休暇・やすらぎ休暇使用期間も含めて請求して下さい。
- ④ 3項③に記載の通り、請求の効力は2年です。休業が長くなるようでしたら、1ヶ月毎に区切ってその都度請求して下さい。
- ⑤ 業務上や第三者行為による傷病の場合は、支給されないこともありますので事前に健康保険組合へご連絡下さい。

⑥ 健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので、振込先は記入不要です。

※登録口座のある事業所一覧については、下記デンソー健康保険組合HPをご覧ください。

【保険給付】 → ページリスト → ● 健保登録口座がある事業所一覧 https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list
上記以外の事業所の場合：表面の給付金振込先をご記入下さい。（健保給付金振り込みが2回目以降の方は記入不要）

※健保登録口座以外の振り込みは出来ません。

※被保険者が死亡後に請求する場合は、振込先に給付金受取人の口座を記入し、5項②の書類を添付して下さい。

● 「書記記入欄」…書記の方へ

「被保険者記入欄」の「休業した期間」に記入されている期間中の、勤務・休務状況を正しく記入して下さい。カレンダーが足りない場合は、HPに掲載の別紙カレンダーを印刷し添付して下さい。

5. 添付書類

- ① 障害年金・障害手当金・老齢年金等を受けている方は、年金証書及び直近の裁定通知書・年金改定通知書の写しを添付して下さい。（障害年金・障害手当金を受けている方は障害者手帳の写しも添付して下さい）
- ② 被保険者が死亡後に請求する場合は、「保険給付金請求書」と給付金受取人が死亡者の法定相続人であることを証明する戸籍謄本等を添付して下さい。「保険給付金請求書」がない場合は健康保険組合までご連絡下さい。

6. 支給される期間

- ① 傷病手当金及び傷病手当金付加金
 - ・ 2020年7月1日以前支給開始の傷病…支給開始日から暦上の1年6ヶ月
 - ・ 2020年7月2日以降支給開始の傷病…支給開始日から通算して1年6ヶ月
- ② 延長傷病手当金付加金
 - ①の給付期間満了後、傷病手当金支給開始日から暦上の3年

7. 支給額と調整

- ① 傷病手当金と傷病手当金付加金は合わせて傷病手当金算定基礎日額の8割です。
- ② 延長傷病手当金付加金は、傷病手当金支給開始日から暦上の2年6ヶ月までは傷病手当金算定基礎日額の8割、その後の6ヶ月は4割です。
- ③ 事業主から報酬の一部を受けている場合は、支給額が減額調整されます。（全期間、有給休暇・やすらぎ休暇を使用している場合や、月給者で給与が支給されている月は、不支給です）
- ④ 同一の傷病で障害年金・障害手当金を受けている場合は、支給額が減額調整されます。
- ⑤ 老齢年金を受けている場合は、支給額が減額調整されます。

8. 個人情報保護について

- ① ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。
- ② 個人情報保護に関しては <https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。

9. その他

詳細についてはデンソー健康保険組合HP <https://www.denso-kenpo.or.jp> をご覧ください。

10. 問い合わせ先

デンソー健康保険組合 給付G E-mail kenpo_kyufu@jp.denso.com 外線TEL0566-25-9620 FAX0566-24-6301
〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目1番地（社内メール〒1130） 内線TEL551-89146・89145