

同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者 台帳照合印				
支払年月日	年	月	日									
支給額		拾万	万	千	百	拾	円					
※ 支給 決定 議 書	支給決定の額	法定	2 3	数	項	目	日	額				
		付加	100					円	日			
		資得	年	月	日	前	始	年	月	日		
		格喪	年	月	日	回	終	年	月	日		
		入院期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで									
		法第46条	該 当 ・ 不該当									
	支給期間	法定	年	月	日	～	年	月	日	日間	備考	決定標準報酬
		付加	年	月	日	～	年	月	日	日間		

傷病手当金請求書

健康保険

(第 回目)

◎記入の方法は3ページ目に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者等の記号・番号	④ 生 年 月 日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録号	⑦ 受 代 理 人	⑧ 受付年月日
① ※	②	③	3 6 7 9	※	※
⑨ 被保険者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ)	事業所の 名称	⑩ 業務の 種 別		
⑩ 被保険者 (請求者) の 住 所	⑪ 郵便番号	⑫ 住所コード	※日中連絡の取れる電話番号		
傷 病 名	⑬ 傷 病 コ ー ド	⑭ カ ナ	⑮ 傷 病 コ ー ド	⑯ カ ナ	⑰ 発病又は負傷年月日
(ウ) 老人保健法の医療を受けたとき	市 町 村 番 号	受 給 者 番 号	発 行 機 関 等		
(エ) 介護保険法のサービスを受けたとき	保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	保 険 者 名 称		
(カ) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく					⑱ 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい
⑲ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	平成・令和 年 月 日から 日間	自 ※ 年 月 日	至 ※ 年 月 日	日 数	
(ク) うえの⑲に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた 受けない 受けられる 受けられない	(ケ) 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成・令和 年 月 日からの分として 平成・令和 年 月 日まで 円		
(コ) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	(ク) 基 礎 年 金 番 号	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名			
いいえ・請求中・はい					
任資格喪失者の方	(ニ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい			
	(ホ) 年金コード又は記号番号もしくは番号	年 金 額			
		円			
		円			
		円			
	年 金 の 合 計 額	円			
備考	被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。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。				
被保険者のマイナンバー記載欄					

領 収 書	金 円也領収いたしました。 令和 年 月 日 SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合理事長殿 氏 名
-------------	--

※ 受付日付印

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間		出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																																	
	(シ) 年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 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																															計	出 勤	有 給
		年 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																																日	日
		年 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																															計	出 勤	有 給
		年 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																																日	日
	(ス) うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	(30)	円	年	月	日	円	年	月	日	日間					円	月日額	日支払円																		
		(31)	円	年	月	日	円	年	月	日	日間					円	月日額	日支払円																		
		(32)	円	年	月	日	円	年	月	日	日間					円	月日額	日支払円																		
		(33)	円	年	月	日	円	年	月	日	日間					円	月日額	日支払円																		
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨																																				
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																				
住所 〒 事業主氏名 ㊟ 電話 (局) 番																																				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷 病 名																															
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日																														
	療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	年 月 日																														
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因																															
	(セ) 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療 実 日 数	日間																											
	(ソ) 傷病の主状態、経過 および労務不能と認められた医学的所見 ※記入しきれない場合は、別紙による回答も可能です。様式は問いません。	(傷病の主状態、経過) (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所見)																														
	(タ) う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	入 院 の 費 用 の 別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他																											
うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																
住所 (所在地) 〒 医 師 医 療 機 関 名 氏 名 ㊟ 電話 (局) 番																																

支払金融機関の欄	(36) 支払区分	※ 1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	(38) 預金種別	1：普 通 2：当 座 3：通 知 4：別 段	銀行 金庫 農協	本店 支店
	(37) 金融機関コード	※				郵便局
	(39) 口座番号					口 座 名 義

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日																															
	(40) 代理人の氏名と印	被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 ㊟																														
		(フリガナ)																														
		㊟																														
(41) 代理人の住 所	(41) 郵便番号									(フリガナ)																						
	(42) 住所コード	※																														

記入と手続き、および支給審査について

傷病手当金は、被保険者が業務外の病気やケガの治療のため仕事に就けず、給与が支払われないときに被保険者の生活費を保障するための保険給付となりますので、1ヶ月毎に請求をしてください。

支給期間は、同一または関連の傷病で給付を初めて受けた日から1年6ヶ月が限度です。

記入について

【被保険者の注意事項】

1. (イ) の欄は、単に事務員、工員と記入することなく「経理担当事務員」「仕上げ工」「旋盤工」等具体的に記入してください。
2. (ウ) の欄は、老人保健の医療受給者証に記載されている事項について記入してください。
3. (エ) の欄は、介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。
4. (オ) の欄は、日時（いつ、何時頃）、場所（どこで）、何をしていた等具体的に記入してください。
5. ④、⑱、(38) の欄は、該当する番号を○で囲んでください。
6. 傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
7. (カ) の欄は、請求書を提出するときに現在までのことを「受けた」「受けない」に、又将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項を○で囲んでください。
8. (ケ) の欄は、(ク) の欄又は(コ) の欄「はい」又は「請求中」に○を付けた方のみ、基礎年金番号を記入してください。
9. (サ) の欄は、(コ) の欄で「はい」に○を付けた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号もしくは番号を記入してください。
10. 給付金の受領方を他人に依頼するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。
11. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。
12. ※印の欄は、記入しないでください。
13. (39) の欄は、口座番号7桁で記入してください（ゆうちょ銀行は、最後の「1」以外を記入してください）。
14. 被保険者が自ら署名する場合には、⑨欄の被保険者の押印は不要です。
なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
15. 転居や治療の都合で転院する場合は請求書を分けて作成し、それぞれの病院で通院した期間をそれぞれの医師に証明を受けて下さい。

【事業主の注意事項】

14. 「全額支給」又は「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全額又は一部のことです。

【医師の注意事項】

15. (ソ) の欄は、なるべく詳しく記入してください。

【共通する注意事項】

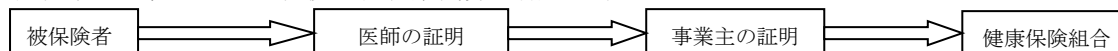
16. ⑲、(シ)、(ス)、(セ) 及び(タ) の欄の期間の計算は、両端を入れて計算してください。たとえば、4月5日から4月15日までは、11日間となります。
17. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

手続きについて

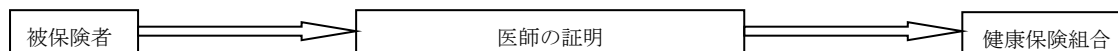
傷病手当金請求書を作成し、下記の添付書類を添えてお勤めの会社の人事部へ提出してください。

（退職後の請求については健康保険組合へ書類を提出してください。）

◆在職中の方、または退職後に在職期間分の請求をする方



◆退職後の継続給付に該当する方



※添付書類

請求者全員（初回のみ）	① 同意書
初回の請求で、請求期間が 当組合資格取得日から1年未満 の方（新卒者除く）	① 健康保険加入履歴回答書
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又は④〕	① 厚生年金保険障害年金証書の写し（障害厚生年金受給の場合） 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 ※1
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 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 ※1
会社を退職後、継続して請求を される方 （任意継続保険加入者を除く）	① 受給期間・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付 延長通知書の写し ※2 ② 会社を退職後に加入した健康保険の資格確認書または 資格情報のお知らせの写し
会社を退職後、継続して請求を される方 （任意継続保険加入者）	① 受給期間・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付 延長通知書の写し ※2

※1 年金額に改定があった場合は、健康保険組合までご連絡ください。（「年金額改定通知書」の写しを提出いただくことになります。）

※2 「受給期間・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付延長通知書の写し」は退職後にハローワークにて雇用保険（失業保険）の受給延長手続きを行った場合に交付されます。雇用保険の受給延長手続きについてはハローワークにお問合せください。

～ 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。～

審査について

1. 書類到着後、支給可否について健康保険法に基づき内容審査(※)を実施します。
2. 審査結果により給付がなされる場合は支給期間・支給金額等が記載された「給付金支給決定通知書」を送付します。
3. 一部または全部が不支給となる場合は「健康保険 不支給決定通知」を送付します。

※内容審査・・・疾病や負傷やその症状、医療機関への受診（投薬）状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者・医師等へ照会させていただき、支給可否について適正に判断を行います。場合により審査に時間がかかることがあります。

医師の意見を参考にし、当組合が認めた場合に支給されますので、請求書を提出されても支給妥当でないと判断した場合は支給されません。

問合せ先

SMB C コンシューマーファイナンス健康保険組合

■住所■

〒135-0061

東京都江東区豊洲二丁目2番31号

■電話■

03-6887-7330 給付係り宛

健康保險加入履歷回答書

入社1年未満の方は、当健康保険組合に加入する前の加入歴をご回答ください。

※取得した個人情報は、保険給付支給決定の目的以外には利用いたしません。

※必要に応じ、下記の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。

[illegible]

上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印

同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定に際し、SMB Cコンシューマーファイナン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、診療内容および診療履歴、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。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。
※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。

令和 年 月 日

記号一番号 _____

被保険者住所 〒 _____

氏 名 _____ 印