

傷病手当金請求書(第 回目)1/2枚目

受付印

ネスレ健康保険組合 御中(人事総務本部HRSSC Payroll経由でご提出ください)

以下の注意事項をよく読んでうえて記入もれのないように1/2枚目、2/2枚目共にご提出ください。
また、口には忘れず「レ」(チェック)を入れてください。

1. 傷病手当金とは

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、以下①～④の全ての受給要件を満たしている場合に支給される生活保障としての給付です。

- ① 病気やケガで療養中である(業務上、通勤途上事故を除く)
- ② 療養のため、仕事に就けない
- ③ 連続して3日以上休んでいる(休業4日目から支給)
- ④ 給与が支給されない(支給されていてもその額が傷病手当金より少ない場合は、その差額を支給)

2. 支給される期間

同一または関連の傷病で給付を初めて受けた日から通算して1年6か月までの期間です。なお、第1回目の請求の場合は請求期間のうち最初の3日間は「待機期間」として支給されませんが、医師が労務不能と認めていれば有給休暇や公休日でも待機期間は完成します。

3. 支給額と支給調整

傷病手当金の支給額は、休業1日につき標準報酬日額の3分の2相当額と決められています。休業中に会社から報酬が支払われている場合(有給休暇の場合や欠勤だが住宅手当などの諸手当が一部支払われている場合)は、報酬額が傷病手当金の額が下回る時にその差額が支給されます。障害厚生年金、老齢退職年金など、他制度において生活保障給付を受けている場合も同様です。

4. 傷病手当金請求書記入時の注意点

傷病手当金は給与に代わり支給されるものです。基本的に1か月ごとに請求してください。継続して請求される場合は、月初から月末までの1か月単位で医師の証明を受けてください。また、医師に証明を受ける場合は請求期間経過後に受けてください。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ください。字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消して被保険者氏名欄の印を押印し、その上に正しい字句を記入してください。

5. 傷病手当金請求書提出の際の添付書類

申請期間に受診した日数分の調剤明細書またはお薬手帳のいずれかのコピーを添付(申請期間に2回受診された場合には2回分の添付書類が必要)のうえ申請をお願いします。なお、医師から処方しなかった場合には療養の状況に必ずその理由の記載をお願いします。

6. 内容審査および締切日、支給日と支給方法

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。この請求書は毎月15日に締切ますので、締切日までに健康保険組合に届くようにご提出ください。なお、被保険者が在職中の場合、HRSSCで事業主証明欄の記載が必要なため、早めのご提出をお勧めいたします。審査結果により給付がなされる場合は月末営業日に「すこやかポータル」上で通知書・証明書一覧より支給金額などが記載された「支給決定通知書」を確認できます。給付金は給与口座に振込み、支給日は月末営業日です。

※内容審査: 疾病・負傷やその症状、医療機関への受診(投薬)状況などや過去の傷病手当金の受給状況などにより、必要に応じて被保険者、医師、事業主などに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はないと判断した場合には支給されません。

7. 正しい療養(重要)

傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付(医療機関での治療・投薬など)を行い、療養に専念したうえで病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であり、療養の給付をなすことが必要となります。

《正しい療養とは》

- ① 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する。
- ② 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する。

注)健康保険法第99条で傷病手当金の支給額および支給期間について規定されていますが、その要旨としては疾病または負傷に対する療養の給付あるいは療養費の支給などの保険給付により労働力の早期回復を計ることをその主目的のひとつとしていることから、正当な理由もなく自己判断で受診を中断したり、処方箋が交付されているにもかかわらず服薬しないなど、正しい療養をされていない場合は傷病手当金が支給されないことがあります。

傷病手当金請求書の同意書・誓約書

ネスレ健康保険組合
理事長 津田浩一郎様

- 傷病手当金の支給に際し貴健康保険組合が必要に応じて関係機関に必要な情報を提示することおよび照会することに同意します。
- 健康保険法第五十九条に基づき、健康保険組合からの要請に従い療養の状況について委託先である株式会社タウンドクター社との面談に応じます。
- また、その面談の内容を産業医・労務部に共有することに同意します。
- 関係機関に対し必要な情報の提示および照会行為について、貴健康保険組合に対し一切の異義または請求などの申し立てをいたしません。関係機関が上記照会について回答することにも同意します。なお、本書の写しも有効とします。

↑チェックを忘れずに

同意・誓約する日 令和 年 月 日

同意・誓約する被保険者

住所:

氏名:

チェックを忘れずに→

生年月日: 昭和 年 月 日
 平成

連絡先電話番号: ()

傷病手当金請求書 (第 回目) 2/2枚目

受付印

ネスレ健康保険組合 御中 (人事総務本部 HRSSC Payroll経由でご提出ください)

1/2枚目の注意事項をよく読んだうえで記入もれのないように1/2枚目、2/2枚目共にご提出ください。
また、□には忘れず「レ」(チェック)を入れてください。

健康保険法第五十九条、第百十九条、第二百一十一条に基づき内容審査を進めます。傷病手当金請求書の一部しか提出がない、調剤明細書またはお薬手帳のいずれかのコピーの添付がない、申請内容に記載もれ・不備がある場合など返戻することになり審査が保留となりますので不備のないようにご提出をお願いいたします。																
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者 氏名	被保険者証 記号					従業員番号 番号									
	住居区分 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借上 <input type="checkbox"/> 自己賃貸 <input type="checkbox"/> その他															
	事業所 名称	部課または 支店名														
	保険証資格取得日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	前加入健康保険組合名称 <small>※保険証資格取得2年未満の方のみ記入</small>														
	休業期間(請求期間) R 年 月 日から R 年 月 日まで 日間	請求日		R 年 月 日												
	発症・負傷の日	R 年 月 日		傷病名												
	発症・負傷 の原因						原因 区分		<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故など)							
	療養の 状況 <small>※具体的に 記入して ください。</small>															
	公的年金 受給状況	障害年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中		老齢年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中(退職された方のみ記入)		→「有」の場合は、必ず「年金決定通知書」「年金額改定通知書」の 写しを添付してください										
	<small>※被保険者(任意継続を除く)が退職し、給与口座以外の口座振込を希望する場合や、被保険者が死亡した場合は別途ご連絡ください。</small>															
医 師 意 見 記 入 欄 (丁寧な字でご記入をお願いします)	傷病名					発症・負傷日		R 年 月 日								
	発症・負傷の原因					診療開始日		R 年 月 日								
	労務不能と 認められた期間		R 年 月 日まで		左記の 期間の 診療日数		日間		左記のうち 入院した期間		R 年 月 日まで 日間					
	傷病の主症状 および経過概要 (治療内容など詳しく)										転記					
	労務不能と 認められた 医学的な所見										<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医					
	処方箋の発行		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (右欄記入要)		処方箋の発行が無い場合 投薬治療を行わない理由											
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日					医療機関の住所 医療機関名 医師の氏名				電話番号 ()			
	休業した期間 欠勤日は「×」、出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休日は「公」と該当日に表示してください。															
	年 月 日 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 年 月 日 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 (日間) 月															
	上記期間のうち労務に服さなかった期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間										
上記期間のうち会社旧見舞金支給期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間											
上記期間のうち積年・有給休暇取得期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間											
上記期間のうち報酬の全部または一部を支給したとき または支給するときは、その期間および支給金額			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間		現物給与担当者確認 <input type="checkbox"/>		支給 金額 円/月							
備考欄 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主所在地 : 事業主名称 : 事業主代表者氏名 :																
組 合 記 入 欄	標準 報酬月額		円		法定日額		円		調整日額		円		支給 決定日額		円	
	支給期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間		支給決定 日額		円		常務 理事		給付 担当		
	備考欄															