

必ず各社事業主のご担当者様を経由して健康保険組合へ申請いただきます。

提出先

ご自身の所属している会社の、各事業所担当者様（人事・シェアードセンター・管理部門等）にお問い合わせください。

注)事業所等を経由しますので給付までにお時間を要する場合があります。

申請内容について

病欠で連続4日以上休業した場合、有給休暇（年休・積立年休等）と病欠を含めて連続4日以上休業した場合は、傷病手当・附加金請求書を申請できます。申請は月単位です。
休み始めが有給休暇の場合は、その期間も含めて申請してください。

障害厚生年金または障害手当金を受給される方は別途添付が必要な書類がありますのでご注意ください

傷病手当・附加金 延長傷病手当附加金 請 求 書										キッコーマン健康保険組合										(第 回) 所属																													
者被 記保 入除	記号		番号		氏名（ふりがな）										給付金の受領は事業主に委任します。										住所																								
	傷病名		医師の証明と 同じ傷病名										発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日		原因																																
	労務に服することが出来なかった期間（年休等も含める）		左記の期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき又は受け得るときはその期間（出勤・年休等を使用した日を記入）										入院した期間があるときは 病院の名称・所在地																																				
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 医師の証明と 同じ期間 日間														期間 から																																		
障害厚生年金または障害手当金を受給していますか																														・いいえ ・請求中 ・はい ⇒原因 傷病名										証明書添付必須									
キッコーマン健康保険組合 記入欄										給付 始期										待期 期間										前回 給付										迄									
事業主証明	労務に服することができなかった期間及びその期間中において報酬の全部又は一部を支給し、又は支給すべきものであるときはその額（添付書類にて証明）										令和 年 月 日 から																																						
	令和 年 月 日 まで																																																
給与の種類										☐ 完全月給 ☐ 日給月給 ☐ 時給 ☐ その他										委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた方法で受領します。																													
医療 師を 担当 証し 明た	傷病名										発病又は負傷の原因										左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																												
	発病又は負傷の年月日										令和 年 月 日										療養給付を開始した年月日 令和 年 月 日																												
	労務不能と認めた期間										令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間										診療 実日数 日間																												
	傷病の主症状及び経過概要										医師に証明をもらう欄																																						

<障害厚生年金または障害手当金を受給されている（または申請中）の方>

障害厚生年金または障害手当金を受けている人が同一の傷病で傷病手当金の請求をする際、支給金額の調整がありますので下記を揃えて添付してください。

- 1. 年金証書のコピー
- 2. 年金額改定通知書のコピー
- 3. 年金振込通知書のコピー

年金の支払日 (偶数月の15日)	支払対象月
2月	12月、1月の2か月分
4月	2月、3月の2か月分
6月	4月、5月の2か月分
8月	6月、7月の2か月分
10月	8月、9月の2か月分
12月	10月、11月の2か月分

証明書類が揃ってからからの支給となります。
なお支給にあたり公的機関へ照会する場合があります。