

＜退職後に傷病手当金を請求される方へ＞

退職後に傷病手当金を請求される方は必要書類が在職中と一部異なります。
以下ご確認の上、添付書類に漏れのないようにしてください。

【毎回必須】

- ・傷病手当金請求書
- ・療養・日常生活状況 報告書
- ・現在加入中の健康保険証の写し

【初回のみ必須】

- ・ 同意書
- ・離職票1.2写し
- ・雇用保険受給延長通知書の写し

【該当者のみ】

- ・処方薬剤説明書(明細書)
- ・年金手帳の写し
- ・年金額改定通知書の写し
- ・遅延理由書

※傷病手当金は1ヶ月毎に提出してください。2ヶ月を超えたものは受付できません。

健康保険 傷病手当金支給請求書 (第 回)

被保険者情報	被保険者証 記号番号	-		事業所 (勤務先 会社)	
	業務内容				
	氏名			生年月日 (和暦)	年 月 日
	住所	〒 - 電話番号(日中の連絡先) ()			

申請内容	傷病名		発病・負傷 した年月日 (和暦)	年 月 日	
	該当の傷病に ついて	1. 病気(状態) 2. ケガ⇒負傷原因報告書を併せて ご提出ください			
	第三者行為に よるものか	1. はい (A. 交通事故 B. 交通事故以外)		2. いいえ	
	上記療養の為 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	上記療養の為 休んだ期間に 報酬を受けま したか、又は 今後受けられ ますか	1. 受けた 2. 受けていない			
		↓ <input type="checkbox"/> 有給休暇を使用 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> その他 ()			
		公的年金【基礎年金・老齢年金・障害厚生年金】 または障害手当金を受給していますか		はい	いいえ
	申請中・受給中の年金の種類				
障害(基礎)年金の場合は傷病名					

振込先 指定口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		支店 出張所
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義	カタカナで記入		<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代理人

受取代理人欄	被保険者 (申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	氏名		
		住所		
	氏名	印	委任者と代理人との関係	

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長		担当

資格喪失日
支給期間確認

健康保険 傷病手当金請求書

※療養を担当した医療機関様へ

証明期間はおおむね1ヶ月を単位とし、2ヶ月を超える証明はしないで頂きますようお願いいたします。

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見	患者氏名												
	労務不能と認めた傷病名												
	発症または負傷の原因												
	発症または負傷の年月日	(平成・令和)			年	月	日						
	初診日(診療開始日)	(平成・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			
	入院した期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間			
	労務不能と認めた月の診療日(該当日に○)	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									
		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									
	労務不能と認めた期間に行った療養内容 投薬： <input type="checkbox"/> あり (日分 日分 日分) <input type="checkbox"/> なし 理由： 通院指導の有無： <input type="checkbox"/> あり (週間／ 回) <input type="checkbox"/> なし 理由： 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」などを詳しく 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な事由												
就労の見込みについて A 令和 年 月頃から就労可能の見込み B 現時点では不明 理由：													
上記のとおり相違ありません。 <div style="float: right; text-align: right;">令和 年 月 日</div>													
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名(自署)													

請求期間中に、医師から療養の上でどのような指示を受けていたかご記入下さい	
退職後、ハローワークへ求職の申込をしている。または既に失業給付を受給している	している ・ していない
ハローワークへは、傷病による失業給付受給延長の申請をしている ※離職票の写しを添付下さい	している ・ していない ※傷病手当金を受ける場合、原則として失業給付の受給延長が必要です。 していないと回答した方 理由：()
※60歳以上の方 老齢年金を受給していますか ※受給している場合は、年金証書の写しもしくは年金額改定通知書の写しを添付下さい	している ・ していない
障害年金を受給していますか ※受給している場合は、年金手帳の写しを添付下さい	している ・ していない
現在、アルバイト等、軽い就労をしている	している ・ していない
今後就労することが決定している	している ・ していない

添付書類(チェック) **※退職後初回の請求においては下記書類全ての添付が必要です。**

- 加入中の健康保険証の写 離職票 1.2 (写) 雇用保険受給延長通知書 (写)
 処方薬剤説明書 (明細書) 年金手帳 (写) 年金額改定通知書 (写) (年金受給者のみ)

オリックスグループ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり回答いたします。

令和 年 月 日

〒

住所：

電話番号：

氏名 (自署)：

同意書
(誓約書)

令和 年 月 日

オリックスグループ健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 _____
(被保険者記号番号 _____)

私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関(事業所及び医療機関等)に照会することに同意致します。

(後日、本件について、貴組合に対しての一切の異議・請求等の申し立てをしないことを誓います。)

なお、本書の写しも有効と致します。

氏名(自署)

申請および記入上の注意(必ずお読みください!)

傷病手当金は必ず1ヶ月毎に提出してください。

傷病手当金は病気や怪我の療養の為会社を休み、給料が支給されない方の生活保障給付ですので療養を担当する医師に毎月療養の経過を記入してもらい、提出してください。

数ヶ月分まとめての請求は、給付の目的を逸脱することになりますので理由なき場合には不支給となる可能性があります、ご注意ください。

※必要に応じて、照会等の調査を実施しますので支給決定に時間がかかることがあります。予めご了承ください。

【被保険者】

1.申請書は本人による**自署**にてお願い致します。自署でない場合は氏名横に押印が必要です。

2.公的年金受給中の方は下記の書類を添付してください。

『障害厚生年金の年金証書またはこれに準ずる書類の写し』『障害基礎年金の額、支給開始年月を証明する書類、および障害基礎年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)』

『老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し』『老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害基礎年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)』

4.受取代理人の口座への支払いを希望の場合は、漏れなく記入してください。

【療養担当者】

1.労務不能と認められた期間については、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間(証明日以前のものに限る)を記入してください。

2.治療内容・療養指導・労務不能と判断した理由などは出来るだけ詳しく記載してください。

3.療養を担当した医師の氏名は自署にてお願い致します。自署でない場合は氏名横に押印が必要です。

4.記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正の上、訂正箇所横に医師の署名をお願い致します。