

提出手順

- 『被保険者記入欄』を漏れなく記入する。(□に☑を入れ、@に押印をお忘れなくお願いします。)
- 『療養を担当した医師の意見欄』に医師の証明を受ける。
- 本社 人事部に提出する。

《社内便》 MMC 本社 人事部 HRサービス課 社会保険傷病手当金係 宛

《郵便》 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 (株)村田製作所 人事部 HRサービス課 社会保険傷病手当金係 宛

※退職者、任意継続者は、健保組合へ直接提出してください。

〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 村田製作所健康保険組合 宛

傷病手当金及び傷病手当金付加金請求書記入例

被 保 険 者 記 入 欄 ※すべてご記入ください	健康保険 記号 - 番号 ① 1 - 23456	氏名コード OM00000	所属事業所 ② 岡山村田製作所	業務の種別(仕事の内容) 製造オペレーター	請求について <input checked="" type="checkbox"/> 初めての請求 <input type="checkbox"/> 2回目以降の請求	
	支給要件(次ページ)を確認・同意した上で請求します。また私は、本手当金の支給に際し、貴組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、または他の関係する保険者などに必要な情報を提示及び照会すること、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。		今回請求する期間 ④ 2023年3月15日 から 2023年3月31日まで17日間	→左記の期間復職プログラムを ⑤ <input type="checkbox"/> 実施している		
	⑨ 自宅住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 x x x - x x	傷病名 右膝蓋骨骨折	発病・負傷の原因 買い物に行った帰りに転けて右膝を強打した	今回請求する傷病で、労災・通災の認定を受けていますか? ⑥ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中		
	氏名 健康 花子 (必ず押印ください)	障害年金・障害手当金・老齢年金を受給されていますか? ⑧ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ...はいの場合は右記書類を添付→		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? ⑦ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
TEL(携帯) xxx - xxxxx - xxxxx	障害年金を申請したときの傷病名 []		【年金添付書類】 ※毎回提出が必要です ○年金証書の写し ○年金支払通知書もしくは年金改定通知書の写し(最新のもの)			

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 欄	患者名 健康 花子	傷病名 ① 右膝蓋骨骨折
	発症または負傷の日 ② 2023年3月15日	発症または負傷の原因 転倒による骨折
	診療開始日 2023年3月15日	左記のうち 診療実日数 3日
	労務不能と認められた期間 ③ 2023年3月15日から 2023年3月31日まで17日間	左記のうち 入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間
	傷病の主症状および経過概要 転倒により膝蓋骨を骨折。膝に腫れと強い痛みがあり、自らの意思で膝を動かすことができない状態である。	証明日 2023年4月5日
症状経過からみて労務不能と認められた理由 ④ 太ももから足首までをギプスで固定。膝を曲げることができないため自宅安静とする。	医療機関住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 x x x - x x	
	医療機関名称 〇〇〇整形外科医院	
	医師氏名 保険 一郎	
	TEL TEL xxxxx - xx - xxxxx	

- 記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証で確認できます。
- 所属している事業所名を記入してください。
- 初めての請求、2回目以降の請求 のいずれかにチェックしてください。
- 療養のために休み、今回請求する期間とその日数(会社休日、有休を含む)を記入してください。
なるべく末日締めでご請求いただくようお願いします。お急ぎの場合は、末日締めの1か月単位でご請求いただくと最短で支給が可能です。
- ④の期間に復職プログラムによる勤務が含まれている場合は、「実施している」にチェックしてください。
- 労災保険から休業補償給付を受けている方は、『休業補償給付支給決定通知書』のコピーを添付してください。
- 負傷の原因が交通事故、喧嘩など相手がいる場合、『第三者行為による傷病届』を別途提出してください。
- 障害年金・障害手当金・老齢年金を受けている方は、年金証書のコピー及び、直近の給付額がわかる書類(年金支払通知書もしくは年金改定通知書等)のコピーを添付してください。これらの書類以外に、追加で書類を求める場合がございますので予めご了承ください。
- 照会などに同意いただいた上で、被保険者の住所、氏名、電話番号を記入し、捺印をしてください。
被保険者が亡くなられて、ご遺族が請求する場合は、法定相続人の住所、氏名、電話番号を記入してください。また、法定相続人が確認できる『戸籍謄本(除籍)』を一緒に提出してください。
- 複数の傷病名がある場合、主たる傷病名を記入してください。
- 主たる傷病について、初診日を記入してください。
- 治療期間でなく療養のために就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。
※ 初診日以降かつ証明日以前の日を記入してください。
※ 原則として末日締めで証明をお願いします。
- 症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を記入してください。