村田製作所健康保険組合　御中

傷病手当金・傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金　請求書

※請求の時効は2年です
※未記入や書類不備があると差戻により支給が遅れます　不備のないようご提出ください
※請求期間はなるべく末日締めとしてください
（お急ぎの場合は1か月単位を推奨）

被保険者記入欄…すべてご記入ください

被保険者証　記号 - 番号	氏名コード	所属事業所	業務の種別（仕事の内容）	請求について
—				□ 初めての請求 □ 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を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。

自宅住所　〒

氏名　　㊞（必ず押印ください）

TEL（携帯）　　－　　－

今回請求する期間	年　月　日 から 年　月　日 まで　日間	→左記の期間復職プログラムを □ 実施している
傷病名		今回請求する傷病で、労災・通災の認定を受けていますか？ □はい　□いいえ　□申請中
発病・負傷の原因		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？ □はい　□いいえ
障害年金・障害手当金・老齢年金を受給されていますか？ □はい　□いいえ　・・・はいの場合は右記書類を添付→ 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		傷病名	
発症または負傷の日	年　月　日	発病または負傷の原因	
診療開始日	年　月　日		
労務不能と認めた期間	年　月　日 から 年　月　日 まで　日間	左記のうち診療実日数	日
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		証明日 医療機関住所 医療機関名称 医師氏名 TEL	年　月　日
症状経過からみて労務不能と認めた理由			

事業主証明欄

給与形態	1. 月給　2. 日給月給　3. 時給
復職PGM	1. あり（復職PGM出欠状況表を添付）2. なし

↓ 会社休日：休 、欠勤：× 、出勤：○ 、有休：△ 、半休：半 、休業手当：手
復職PGM：P 、産休：産

証明する期間　年　月　日 ～　年　月　日　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	給与満額支給	全日欠勤	健保記入欄
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
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
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

報酬の状況

給与対象期間（　年　月）		給与対象期間（　年　月）		給与対象期間（　年　月）	
通手	円	通手	円	通手	円
損還	円	損還	円	損還	円
生還	円	生還	円	生還	円
改善	円	改善	円	改善	円
合 計	円	合 計	円	合 計	円

事業主担当者

事業主確認者

健保記入欄

資格取得日	年　月　日	標準報酬日額	円	法定給付	円 × 日　円	法定控除	円
						（差引後）	円
支給期間	年　月　日 ～　年　月　日	支給日数	日	付加給付	円 × 日　円	付加控除	円
						（差引後）	円
不支給期間		年金控除	年額　日額 控除額　円	法定 ・ 延長	第　回	支給決定額	円
備 考		常務理事	健保確認者	健保確認者	健保担当者		

2023.9 改

傷病手当金の支給要件

被保険者（本人）が病気やけがの治療のために仕事に就くことができず、給料などがもらえないときには生活の安定を図るために「傷病手当金」が支給されます。

1. 請求ができるとき　※ ①～④すべてに該当していること。

① 病気やけがで療養のため仕事を休んでいること。（業務上・通勤途上の事故を除く）
② 仕事に就けない状態であること。
③ 4日以上仕事を休んでいること。
　療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間の待期期間（有休、公休日でも構いません）をおき4日目から支給されます。
④ 報酬の全部または一部の支払いがないこと。但し、報酬が傷病手当金の額より少ない場合はその差額を支給します。

2. 手続き方法

① 請求書の「被保険者欄」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。）
② 担当医に請求書の「療養を担当した医師の意見欄」を記入してもらう。
③ 本社 ・ 人事部 HRサービス課 ・ 社会保険傷病手当金係 へ送付する。

【提出経路】

本人 → 担当医師 → 本人 → 本社 人事部 HRサービス課 → 健保組合

【提出先】
<在職されている方>
社内便の場合 … 本社 ・人事部 HRサービス課 ・ 社会保険傷病手当金係 宛
郵　送の場合 … 〒617-8555　京都府長岡京市東神足1-10-1　㈱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・任意継続の方>　※健保組合へ直接郵送してください
〒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

3. 支給日と振込先

① 請求の時効は2年です。請求する期間はなるべく末日締めとしてください。（お急ぎの場合は1か月単位を推奨しています。）
② 請求書提出後、書類の不備や内容の調査等により支給を決定するまでに3～4ヶ月かかる場合もあります。
③ 支給日は毎月月末です。（月末が土・日・祝日の場合はその前日です。）
④ 在籍者の振込先は給与A口座です。給与とは別に健保組合から振込みします。
　退職者・任意継続の方は、ご指定の口座に振込みします。
⑤ 振込完了後、支給決定通知書をご自宅へ郵送します。支給額はこの通知書でご確認ください。

4. 記入上の注意事項

① 記入はボールペンで記入漏れのないようにお願いします。記入内容を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、抹消部分に記入者の印を押して、その上部余白に正しい字句を記入してください。
② この請求書に記入する内容は、全て記入日以前の期間について記入してください。

5. 添付書類

① 障害年金・障害手当金・老齢年金等を受けている方は、年金証書及び直近の裁定通知書・年金改定通知書の写しを添付してください。
　（障害年金・障害手当金を受けている方は障害者手帳の写しも添付してください。）
② 被保険者が死亡した場合は、被保険者に代わり法定相続人により請求してください。その場合、給付金の受取人が法定相続人であることを証明するために『戸籍謄本（除籍）』を添付してください。

6. 支給される期間と支給額

① 支給開始日から通算して1年6ヶ月は法定給付として、法定給付受給終了後は、暦上で最長1年、付加給付として支給します。
② 傷病手当金は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。村田製作所健康保険組合の被保険者の場合、法定の支給額に付加給付として標準報酬日額の10％に相当する額が加算されます。
③ 事業主から報酬の一部を受けている場合は、支給額が減額調整されます。
　（全期間、有休休暇を取得している場合、又、月給者で給与が満額支給されている場合は、その月は不支給となります。）
④ 同一の傷病で障害年金・障害手当金を受けている場合、又、老齢年金を受けている場合は、支給額が減額調整されます。

7. 個人情報保護について

① ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金の支払いに使用する場合があります。
② 個人情報保護に関しては、http://murata-kenpo.or.jp/privacyをご覧ください。

8. その他

① 詳細については、村田製作所健康保険組合HP(http://murata-kenpo.or.jp) をご覧ください。

9. 問い合わせ先

村田製作所健康保険組合　傷病手当金チーム
〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1
電話 075-955-6782

問合せフォーム