傷病手当金を請求される方へ

三菱電機健康保険組合

下記の注意事項をよくお読みになってから請求してください。

支　給　条　件　※ 4項目すべてにあてはまることが必要

1. 病気やケガにより療養していること（業務上または通勤途上中の事故による傷病は除く）
2. 仕事に就けないこと（労務不能であること）
3. 連続3日以上休んでいること（3日間待期を取り4日目から支給されます）
4. 給与が支払われていないこと（給与カットがあり、その金額が傷病手当金の額より少ない場合は差額が支給されます）

支　給　期　間

支給を始めた日から通算して1年6カ月に達するまでの期間となります。

注　意　事　項

1. 記入もれ・間違いがないか確認をしてから提出してください。（不備の場合、支給が遅れる場合があります）
2. 療養を担当した医師等（※）に無理な証明をお願いしてはいけません。
3. 療養を担当した医師等の証明は「証明日以前の期間」を取ってください。
   （未来の証明は受付できませんので証明日までの支給となります）

※ 医師等：医師、歯科医師、（症状によって）柔道整復師となります。

＜障害年金・老齢年金等について＞

・厚生年金保険の障害厚生（基礎）年金・障害手当金・老齢年金等を受給している場合は支給対象外となります。
　ただし、障害年金等の額が傷病手当金の額より少ない場合は、差額が支給されます。
・障害年金等との差額支給がある場合は、日本年金機構発行の最新の●国民年金・厚生年金保険年金証書[改定通知書](写)
　●年金振込通知書(写)を傷病手当金請求書に添付しご提出ください。（請求書とセットで最新のものを提出してください）
・傷病手当金を請求しているときに、障害年金等の受給資格が発生した場合や金額が改定された場合は、すみやかに
　事業所健保窓口（任意継続者は健康保険組合）へご連絡ください。

■ 初めて請求される方（第一回目）

・第一回目の請求のみ待期を3日間取り、4日目からの支給となります。
（4日目以降も給与が支給されている場合は給与が不支給になった日からの支給となります）
・第一回目の請求は「労務不能になった始めの日から」の証明が必要です。
※「始めの日から」の証明でない場合は、3日間の待期により支給できない期間が発生する場合があります。

提出書類

① 傷病手当金請求書　※ 記入もれがないか確認してください
② 傷病手当金請求に伴う状況報告書
●障害年金等を受給されている方は
③ 年金証書[改定通知書](写)・年金振込通知書(写)

■ 二回目以降、請求される方

・傷病手当金は給与に代わるものですので、基本的に1ヵ月毎に請求してください。

提出書類

① 傷病手当金請求書　※ 記入もれがないか確認してください
●障害年金等を受給されている方は
② 年金証書[改定通知書](写)・年金振込通知書(写)

支　給　日　・　支　給　方　法

基本的に請求書を提出された翌月～翌々月に給付いたします。（不備や審査によって遅れる場合があります）

●三菱電機社員：給与同封　●関係会社社員：会社へお問い合わせください　● 任意継続者：保険料を引き落としているご指定の口座

提　出　先

三菱電機社員・関係会社社員

本人 → 会社（事業所健保窓口） → 健康保険組合

任意継続者

本人 → 健康保険組合

傷病手当金は病気やケガを早く治して職場へ復帰することを目的としているので、会社を休んで治療の必要があるという医師等の意見を参考にして、健康保険組合が認めた場合のみ支給されるものです。また、請求書提出後、健康保険法に基づいた審査等のため支払いまでに3～4ヶ月かかる場合があります。

1枚目

三菱電機健康保険組合 行

傷病手当金 請求書（傷病手当付加金・延長傷病手当付加金）

この申請書は2枚で1組です。必ず1枚目、2枚目をセットでご提出ください

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号		番号	被保険者氏名	
所属	事業所名		業務の種別	生年月日	昭・平　年　月　日
住所	（〒　－　）			TEL	（　）
傷病名					
発病の状態又は負傷の原因				発病又は負傷の年月日（療養の開始日）	昭・平・令　年　月　日
療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間				
障害厚生（基礎）年金・障害手当金の受給	無　・　請求中　・　有	※障害年金等を受給している場合、傷病手当金は支給対象外となります。ただし、障害年金等の額が傷病手当金支給額より少ない場合は差額が支給されます。			
受給が **有** の場合受給傷病名				年金証書の基礎年金番号	
第三者行為によるものですか	はい　・　いいえ				

退職後の請求の場合

老齢厚生（基礎）年金の受給	無　・　請求中　・　有		退職後の加入健保名	
雇用（失業）保険の受給	無　・　延長	※有の場合傷病手当金は支給されません	資格喪失後、就業はしていますか	はい　・　いいえ
※任意継続の方は口座記入不要。※退職後老齢年金等を受給している場合、老齢年金等の額が傷病手当金支給額より少ない場合は差額が支給されます。				
金融機関名	銀行	支店	口座番号	
名義（カタカナで記入してください）			預金種別	□ 普通　□ 当座
備考				

事業主記入欄

労災の休業補償給付受給 ： 有 ・ 無	申請回数 ： 第一回目 ・ 二回目以降	第一回目の場合	この疾病で会社を休んだ最初の日	令和　年　月　日（頃）

※ 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	
欠勤中の賃金（上記※の期間）	全額支給	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで	
	一部支給	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで	左記期間中の賃金合計 ¥　賃金日額 ¥
	不支給	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで	

休復職状況 わかる範囲で結構です	令和　年　月　日	休職 ・ 復職 ・復職予定

退職後の請求の場合

入社年月日	昭・平・令　年　月　日
退職年月日	令　年　月　日

記載のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業主
名称
住所
氏名

健保記入欄

日額		支給期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間		
			令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
控除日額	報酬 ・ 年金	円	法定	円	付加　円
支給額	¥		支給決定日	令和　年　月　日	
支給開始日　・　・ 支給満了日　・　・	支給決定並びに支出決議	常務理事		担当者	

●発病または負傷の原因が業務上、又は通勤途上中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から傷病手当金は支給されません。

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者受付印	

24-12

2枚目

三菱電機健康保険組合 行

傷病手当金 請求書（傷病手当付加金・延長傷病手当付加金）

この申請書は2枚で1組です。必ず1枚目、2枚目をセットでご提出ください

令和　　年　　月　　日

療養を担当した医師等の意見欄

患者氏名			
傷病名	（労務不能と認めた傷病名のみご記入ください）		
発病又は負傷の年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	療養の給付を開始した年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
発病又は負傷の原因			
労務不能と認めた期間	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで		
上記期間のうち入院期間	令　　年　　月　　日　から　令　　年　　月　　日　まで		
上記期間の診療実日数および診療日	日間 ※労務不能期間中の診療日に○をつけてください		

日付	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																															
月																															
月																															

傷病の主状態および経過概要		
就労の見込みについて	・　月　日頃から就労可能の見込み ・　現時点では不明	

上記のとおり相違ありません。　　令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

TEL　（　　）　　－

＜お願い＞

○証明日以前の期間を証明願います

○訂正箇所には訂正印を押印願います

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。