

傷病手当金 第1回目の添付書類①

傷病手当金申請における確認書

私は下記の内容を確認し、理解した上で、傷病手当金を申請します。		✓
1.	支給の目的 業務災害以外の病気やケガに対して、「療養」のために仕事に就けなかったことが認められた場合に、労働力の早期回復とその間の生活の安定を目的として支給するものである。	
2.	支給要件（すべてに当てはまる） ① 病気やケガのために療養していること（業務が原因の病気やケガを除く・通勤中のケガを除く・第三者に負わされたケガ等を除く） ② 病気やケガで療養しているために仕事ができないこと ③ 仕事を連続して3日以上休んでいること（出勤日、有給・公休・傷病休の取得日は支給対象外） ④ 休んでいる期間、給与が発生していないこと（出勤日・有給・公休・傷病休は不支給）	
3.	受診について（1） 原則として月に1回以上、医師の診察を受けるようにすること。診察を受けていない期間については、医師等から意見欄の記入を断られる場合もある。また、健康保険組合が療養状況を確認できない場合、傷病手当金を支給できないことがある。	
4.	受診について（2） 正当な理由なく医師の指示に従わなかったり、処方箋を交付されているのに服薬しなかったり等、療養状況を確認できない場合、傷病手当金を支給できないことがある。	
5.	支給までにかかる期間 申請から支給までは数か月を要する（みなさまの保険料から支給することになるため、支給決定は厳正に行っており、時間を要します）。支給日の希望は受けられない。申請書類に不備があるとさらに時間がかかるため注意が必要。	
6.	不支給となるケース 病気やケガの症状が固定（治療の必要がない）場合は、「療養のため」の休みではないため支給しない。 病気やケガの原因が、労働災害・通勤災害・第三者行為による場合は支給しない。	
7.	傷病手当金との併給ができない給付金 障害厚生年金・障害手当金・労災保険の休業補償・民間保険会社の休業損害補償・雇用保険の求職給付・老齢退職年金・出産手当金	
8.	傷病手当金の返還 傷病手当金の受給後に、さかのぼって同一期間・同一傷病について上記【7】の支給が決定したときは、受給した傷病手当金を健康保険組合に返還しなくてはならない。	
9.	支給の決定 支給額と支給日は「支給決定通知書」の交付をもって健康保険組合がお知らせする。	

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合 理事長殿

記入日： 年 月 日

被保険者名：

(上記すべてを確認の上、✓欄に✓を記入してください。署名は自筆で記入してください)

本人の控えとして本書のコピーの保管をお勧めします。原本は提出してください。

傷病手当金 第1回目の添付書類②

傷病手当金申請における同意書・誓約書

私は今回の傷病手当金の申請において、下記内容に同意・誓約します。		✓
ア	個人情報・給付情報の照会について 傷病手当金の支給を決定するにあたり、スターバックスコーヒージャパン健康保険組合が関係機関（過去に加入していた保険者・医療機関・年金事務所・事業所等）に、この同意書をもって照会し、必要な情報について回答や記録の提供を受けることに同意します。 また、本書の写しも有効とします。	
イ	傷病手当金の返還について 同一の期間に同一傷病について、「障害厚生年金」「障害手当金」、退職後の「老齢厚生年金」、労災保険の「休業補償」、保険会社からの「休業損害補償」の支給が決定した場合、ただちにスターバックスコーヒージャパン健康保険組合に申出るとともに、「年金証書」「振込通知書」「給付金決定通知」等の写しを提出します。また、すでに受給した傷病手当金について健康保険組合から返還請求があった場合、ただちに返還することを誓約します。	
ウ	原則として、毎月1回以上、医師の診察を受け、療養に専念することを誓約します。	
エ	同意・誓約事項に違反があった場合、支給の一部または全部を停止されても異議なく従います。	

関連省令

健康保険法

第99条 被保険者（任意継続被保険者を除く。第102条第1項において同じ。）が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間、傷病手当金を支給する。

第119条 保険者は、被保険者又は被保険者であった者が、正当な理由なしに療養に関する指示に従わないときは、保険給付の一部を行わぬことができる。

第120条 保険者は、偽りその他不正の行為により保険給付を受け、又は受けようとした者に対して、6月以内の期間を定め、その者に支給すべき傷病手当金又は出産手当金の全部又は一部を支給しない旨の決定をすることができる。ただし、偽りその他不正の行為があつた日から1年を経過したときは、この限りでない。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合 理事長殿

記入日： 年 月 日

被保険者名：

(上記すべてを確認の上、✓欄に✓を記入してください。署名は自筆で記入してください)

傷病手当金申請 第1回目の添付書類③

(当組合に3年以上加入している方は提出の必要はありません)

健康保険の加入歴申告書

スタバックスコーヒージャパン健康保険組合に加入後、3年未満の方は、前に加入していた健康保険について記入してください。

傷病手当金の申請開始日から3年前までの間に加入していた健康保険をすべて記入してください。分からぬ箇所は、前に加入していた健康保険や勤務していた会社に問合せて記入してください。必ず記入漏れのない状態で提出してください。

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険
健康保険の名称	国民健康保険の場合は自治体名を記入してください
被保険者の記号番号	記号：_____ 番号：_____
加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
加入区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（扶養）
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 受給あり（傷病名：_____ 受給期間：_____ 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> 受給なし
勤務していた会社名	"本人"で加入していた方は必ず回答してください

複数ある場合は、下記にも記入してください。記入欄が足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険
健康保険の名称	国民健康保険の場合は自治体名を記入してください
被保険者の記号番号	記号： _____ 番号： _____
加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
加入区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（扶養）
傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 受給あり（傷病名： _____ 受給期間： 年 月 ~ 年 月) <input type="checkbox"/> 受給なし
勤務していた会社名	"本人"で加入していた方は必ず回答してください

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合 理事長殿

健康保険の加入歴について、上記のとおり申告します。

記入日： 年 月 日

被保險者名：

(署名は自筆で記入してください)

本人の控えとして本書のコピーの保管をお勧めします。原本は提出してください。