

【記入見本】

2-2

事業主が記入		※請求書の(2-1)と2枚セットでご請求願います 2-2	
④ 事業主記入欄	被保険者証 記号	2XXXX	番号 10XXXXXX
	被保険者氏名 (患者氏名)	第一 花子	
	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	
	労務に服さなかった期間(請求期間)	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (XX日 間)	
	療養休暇期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (年 ヶ月)	
2-1ページ傷病の原因は業務上の災害(労災)によるものですか?	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	労務に服さなかった期間の給与はありますか?	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
上記のとおり相違ないことを証明いたします。		令和 X 年 X 月 X 日	
事業主氏名		第一生命保険株式会社 OO XX 印	
(注) 喪失後の事業主証明は不要です			
⑤ 医師の意見欄 (療養を担当した医師が記入する)	被保険者証 記号	XXXX	番号 10XXXXXX
	被保険者氏名 (患者氏名)	第一 花子	
	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	
	労務不能の傷病名	OOOOOO	発病または負傷年月日 H・R <input checked="" type="radio"/> X 年 X 月 X 日
			診療開始日 H・R <input checked="" type="radio"/> X 年 X 月 X 日
	労務不能と認めた期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (XX日 間)	
	上の期間中に入院した期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで (日 間)	
	診療実日数 (通院と入院の合計)	X 日	診療日を○で囲んでください ○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 △月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
	診療実日数が0日の月がある場合は各月毎に理由を詳しく	※各月の診療日が上記に書ききれない場合は、こちらに記載してください △月 OOOOOOのため診療なし □月診療日: X日、X日	
	労務不能と認めた期間の症状及び経過、治療内容、療養指導等を詳しく	OOOOOOOOOOOOOOOOOOOO OOOOOOOOOOOOOOOOOOOO 労務不能の傷病に対する処方箋 <input checked="" type="radio"/> あり・なし ※なしの場合は理由 ()	
症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見	OOOOOOOOOOOOOOOOOOOO 転帰 R 年 月 日 (治癒・中止・継続・転院)		
就労見込み状況	1、2どちらかに必ず○印(1の場合はその年月を記入) 1. R 年 月 頃から就労可能の見込み <input checked="" type="radio"/> 現時点では不明		
上記のとおり相違ないことを証明いたします。		令和 X 年 X 月 X 日	
医療機関所在地	OO県OO市OOXX 3-3-X		
医療機関名称	OX△□病院		
担当医師氏名	OO XX	電話 OO (△△△) XXXX 印	

・診療実日数が0日の場合は理由を必ず記入
・複数月に跨る場合は、それぞれの月の診療日を記入

(注2) 1. 訂正した箇所は、各記入者の印と同じ印を訂正押印してください
2. 印ははっきりと押し、印洩れのないようにしてください
3. 第1回目は事実労務不能の日から、第2回目は1ヶ月ごとに記入願います
4. 被保険者の資格を喪失した後の請求期間分については、事業主の証明は不要です
5. 記入内容について、後日健康保険組合から、より詳細にお伺いすることがありますので、その際にご協力をお願いします
6. 請求権は、労務不能であった日ごとに、その翌日から起算して2年で時効となります

添付書類	<p>① 出勤簿（社）→ 請求月のもの 第一生命従業員（キャリアローテーション含む）はDN総務事務センターで添付するため不要。</p> <p>② 給与明細書（写） or 賃金台帳（写） → 請求月のもの 第一生命従業員（キャリアローテーション含む）はDN総務事務センターで添付するため不要。 請求月の次月に請求月の生産が発生している場合は、次月の給与明細書も添付する。 <u>（注）請求書は必ず2-1、2-2とセットで提出する。</u></p>
------	--

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	被保険者証の記号番号等	健康保険証の記号番号、被保険者氏名、所属、資格取得日、喪失している場合は資格喪失日（退職日の翌日等）を記入する。
②	傷病名	医師の意見欄と同一の傷病名であること。
③	上記のとおり請求いたします	本人が記入する。（記入日、住所、署名、押印、電話番号）
④	事業主記入欄	本人は記入不要。事業主が記入する。 第一生命従業員（キャリアローテーション含む）はDN総務事務センター、グループ会社は各社総務で記入・証明する。
⑤	医師の意見欄	本人は記入不要。医師が記入する。 医師の労務不能証明は、各月1日以上診療がなされ、療養のための休務であることを確認するために取付けする。 （0日だった場合は理由を詳しく記入すること）

《 次の条件をすべて満たしている場合に支給対象となる 》

1. 業務外の病気やけがで療養中であること。
→ 原則として最低でも月に1回は病院にかかっていることが条件。
2. 給与の額が、1頁目◆支給額で説明する相当額未満であること。
3. 連続で3日以上仕事を休んでいること。
→ 仕事に就くことができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降の休務について支給対象となる。（最初の連続した3日間は「待期間」となり、支給対象外。）
→ 待期間を一度満たせば、その後途中何日か出勤しても同一傷病で休んだ日について支給される。
4. 請求期間について医師が労務不能と認めていること。
5. 支給期間を満了していないこと。

《 資格喪失後の継続給付 》

- ◆ 被保険者期間（任意継続期間は含まない）が1年以上あったものが傷病手当金を受給している間、または受給できる状態（注）に資格喪失したときは、同一傷病において、実際に傷病手当金の支給を受けた期間を通算して1年6か月が満了するまで引き続き受給することができる。（ただし、資格喪失後に特例退職者制度に加入した場合は、資格喪失日以降受給できない。また、資格喪失後の継続給付の受給が中断された場合、通算して1年6か月が満了していなくてもその時点で受給権が消滅する。）
（注）受給できる状態とは休んでいるが、給与が傷病手当金を上回るため不支給となっている状態をさす。
- ◆ 被保険者期間が1年未満であるものが傷病手当金を受給している間に資格喪失したときは、資格喪失日前日までの支給となる。

《 年金を受けるようになったとき 》

- ◆ 「障害基礎年金」「障害厚生年金」「障害手当金」を受けようになると、受給期間である通算1年6ヶ月が経過していなくても傷病手当金は打ち切られる。ただし、傷病手当金のほうが高額である場合は差額分が支給される。
- ◆ 任継被保険者や退職後に傷病手当金の継続給付を受けている人が「老齢厚生年金」等を受けるときは、傷病手当金は支給されない。ただし、傷病手当金のほうが高額である場合は差額分が支給される。