

## 1. 同意書

### ●年金等を受給している(受給を申請している)場合の傷病手当金の請求(①②③)

健康保険の傷病手当金については、障害厚生年金または退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、年金の支給が優先され傷病手当金の支給額が調整されます。また、同一の負傷・疾病で労災の休業給付金が支給される場合は、傷病手当金は支給されません。

ただし、これらの年金及び労災給付について、支給の可否や支給時期等が決定するまでに相当の期間を要する場合には、一旦傷病手当金を請求し受給する事も可能となっています。そして傷病手当金の支給後に年金や労災給付を受けた場合は、先に支給した傷病手当金の一部、または全額を返納していただくことになります。

### ●給付金の請求・支払い手続きについて(④)

被保険者が行う請求及び健保組合が行う支払の手続きは事業主を経由して請求し給付金を支給いたします。

### ●保険給付の支給決定に係る情報取得について(⑤)

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に対して文書その他の提出を命じ、または当該職員に質問、もしくは診断をさせることができます。

この同意書は以上返納、事業主経由の請求・支払い及び情報取得について全員の方に事前に同意をいただくものです。内容を確認の上、傷病手当金請求書に添えて提出してください。

## 【同意書】

三菱ケミカル健康保険組合 理事長 殿

私は、今回傷病手当金請求書記載の傷病により傷病手当金の請求に当たり、以下に同意します。

- ① 後日、障害厚生年金、退職後の老齢厚生年金または労災休業給付の給付が決定した場合、三菱ケミカル健康保険組合にその旨ただちに報告するとともに、年金額の確認できる証明書等の写しを提出する。
- ② 年金から給付を受けた場合は、その額を限度に健康保険の傷病手当金の一部、もしくは全額を返納する。
- ③ 労災休業給付金の支給を受けた場合は、健康保険の傷病手当金の全額を返納する。
- ④ 給付金の請求・受領を事業主に委任する。(給与払い等)
- ⑤ 事業所の制度(療養見舞金、団体長期障害所得補償保険(GLT D))を利用する際、事業主が申請内容の照合確認のため必要な情報(傷病名、支給期間)を提供すること。
- ⑥ 保険者が健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、文書その他の物件により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を行い回答を得ること。  
なお、照会先が複数となる場合は本同意書の写しも有効と認めます。

〒

住 所

氏 名

電 話 番 号 ( )

保 険 証 の 記 号 一 番 号

令和 年 月 日

※被保険者死亡の場合はご遺族の氏名・被保険者との続柄・住所・電話番号を記載ください。

## 2. 当健保加入期間について ※該当の方に✓をつけてください

当健保加入日から傷病手当金請求までの  
期間は1年未満ですか。

はい

いいえ

⇒はいの方は「加入期間1年未満の方は提出」書類2枚もご提出ください。

令和 年 月 日

被保険者記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

**3. 傷病手当金の請求に伴う状況確認**

①これまでに傷病手当金を受給したことがありますか。

該当の方に✓をつけてください。（三菱ケミカル健保加入前の受給も含め回答ください）

<input type="checkbox"/> 受給したことがある	<input type="checkbox"/> 受給したことがない
------------------------------------	------------------------------------

「受給したことがある」場合のみ以下もご記入ください。（「受給したことがない」方は次の②へ）

※健康保険の名称欄は、「協会けんぽ〇〇支部」「〇〇健康保険組合」等を記入ください。

1	傷病名					
	受給期間	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	健康保険の名称※					
2	傷病名					
	受給期間	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	健康保険の名称※					
3	傷病名					
	受給期間	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	健康保険の名称※					

②三菱ケミカル健康保険組合に加入される前直近3年間の情報をご記入ください。

以前加入していた健保組合の情報が少ない場合、照会先の健保組合で本人特定ができない場合がありますので、できる限り項目は記入してください。書ききれない場合は裏面または別紙をご用意してご記入ください。

※健康保険の名称欄は、「協会けんぽ〇〇支部」「〇〇健康保険組合」「国民健康保険」等を記入ください。

※無保険期間がある方は健康保険の名称欄に「無保険」を、加入期間に無保険期間を記入ください。

1	健康保険の名称 (必須)※	(フリガナ)				
	保険証 記号-番号	-				
	加入期間 (必須)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	会社名 (必須)	(フリガナ)				
	会社所在地 (必須)	〒 -				

2	健康保険の名称 (必須) ※	(フリガナ)
	保険証 記号-番号	—
	加入期間 (必須)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令
	会社名 (必須)	(フリガナ)
	会社所在地 (必須)	〒 —
3	健康保険の名称 (必須) ※	(フリガナ)
	保険証 記号-番号	—
	加入期間 (必須)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令
	会社名 (必須)	(フリガナ)
	会社所在地 (必須)	〒 —

## 同意書

三菱ケミカル健康保険組合が、私の傷病手当金の請求について健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、関係機関（私が以前に加入していた健康保険を管掌している全国健康保険協会または健康保険組合等）に対して、必要とする事項（給付記録・療養の給付記録、診療履歴、資格情報等）について情報の照会等を行うこと、また関係機関が当該照会に回答することに同意いたします。

なお、照会先が複数となる場合は本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

氏 名

住 所

電 話 番 号

※ 被保険者死亡の場合はご遺族の氏名・被保険者との続柄・住所・電話番号を記載ください。

健康保険 傷病手当金請求書  
(傷病手当金付加金 延長傷病手当金付加金)

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名				所 属					
	年金受給の有無 (レ点印を付けてください)		「請求中」または、「受給有」の方は年金種別を、障害年金は傷病名も記載してください。 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給有 年金種別: 年金 傷病名:									
	基礎年金番号 (請求中・受給有 の場合)			—				年金コード (受給有の場合のみ)				
	病気やケガの原因について記載してください。		①原因が不明な場合は「不明」と記載してください。			②自分以外の第三者が関わっていますか(被害事故等)、あるいは③自損事故ですか。			いずれかにレ点印をつけてください。 <input type="checkbox"/> ① ②と③のどちらとも該当しない(不明な場合含む) <input type="checkbox"/> ② 第三者が関わっている <input type="checkbox"/> ③ 自損事故である			
	労働災害 (業務災害・通勤災害)によるものですか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 傷病手当金の請求はできません。事業所ご担当者までお問い合わせください。									
	振込口座 ①②に該当する方は必ず記載してください。			① 退職者の方(任意継続被保険者は除く)はご本人名義の口座 ② 被保険者がお亡くなりになった場合は相続人の方の名義の口座								
	① 退職年月日: 令和 年 月 日			② 死亡年月日: 令和 年 月 日								
	銀行名	銀行		コード				口座名義人				
	支店名	支店		コード				カナ				
	種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号				漢字				

※注意: 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。記号番号の記載があれば不要です  
被保険者のマイナンバー記載欄

【提出先】

記号 1000・1001・8173の方…………… 最寄りの所管人事担当  
記号 820の方 および 退職後の方…………… 三菱ケミカル健康保険組合  
〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル  
記号が上記以外の方…………… 各事業所の健保担当

※退職後に、在職中の期間を含む申請を行う場合は、在職時の記号の提出先へ送付ください。

【注意事項】

初回(1回目)の請求は「医師が労務不能と認めた最初の日(公休日・年休取得日も含む)」から「その月の末日まで、または翌月の末日まで」の期間について、医師から証明をもらってください。また、2回目以降の請求は請求書1枚に対して、1ヶ月(1日～末日)単位で医師に証明をもらってください

医 療 機 関 の 記 入 欄	患者氏名											
	傷病名	(1)					療養の給付	(1) 令和 年 月 日				
		(2)					開始年月日	(2) 令和 年 月 日				
		(3)					(初診日)	(3) 令和 年 月 日				
	発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病・負傷 <input type="checkbox"/> 不詳	発病または 負傷の原因			※不明の場合は「不詳」または「不明」とご記入ください。					
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日									
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	手術年月日	令和 年 月 日	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医					
	労務不能期間 該当月	診療実日数	労務不能日に「= (二重線)」、診療日に「○印」を付けてください。									
	令和 年 月 日間	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										
	令和 年 月 日間	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										
「労務不能と認めた期間」中における「主たる症状および経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」など(詳しく)												
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見												
各診療月に「診療実日数が0日」の月がある場合、診察なしで療養のため労務不能と認められた所見を詳しくご記入願います。												
上記の通り相違ありません。 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 電話 ( )												

被保険者氏名																																	
勤務状況		【公休は○】で、【有給(※半休含む)は□】で、【欠勤は=】で、【一部出勤日は×】で、【出勤は無印】でそれぞれ表示してください。 ※半休、または一部出勤した日で印を付けた場合は、1日のうちの状況を備考に記載してください。																															
令和	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	全欠
令和	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	全欠
労務に服することができなかった期間		自:令和		年	月	日	報酬不支給期間		自:令和		年	月	日	至:令和		年	月	日															
報酬不支給期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> その他( )																					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																	
事業主の記入欄	区分	期間	令和	年	月	分	令和	年	月	分	支給額		支給額																				
	通勤費										円			円																			
												円			円																		
												円			円																		
												円			円																		
												円			円																		
【備考】																																	
上記の通り相違ないことを証明します。																											令和			年	月	日	
事業所所在地																																	
事業所名称																																	
事業主氏名																																	

健康保険組合の記入欄	報酬月額	報酬日額	傷病手当金 支給開始日				支給満了日					
	円	円	令和	年	月	日	令和	年	月	日		
			令和	年	月	日	令和	年	月	日		
	区分	日数	支給期間				支給金額					
	傷病手当金	日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円
	傷病手当金付加金	日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円
	延長傷病手当金付加金	日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円
不支給日数	日	備考										
減額日数	日											

05.05

(2/2ページ)

／ 受付年月日 \

事業所	
-----	--

健保組合	
------	--