

退職した後も傷病手当金を申請される方へ《資格喪失後の継続給付》

退職後の傷病手当金の申請には、以下の書類を添付してご提出ください

1. 「退職後の傷病手当金申請に伴う本人状況報告書」 (別添④)
2. 雇用保険の「受給期間延長通知書のコピー」 (失業給付を受給する場合は申請できません)
3. 医療機関から発行された、「診療明細書・調剤明細書のコピー」 (任継者の方は添付不要)

1. 退職後も受けられる給付

会社を退職し、被保険者の資格を失ったあとも、支給要件を満たせば資格喪失後の継続給付として引き続き傷病手当金が申請できます。

ただし、法定給付のみで健保独自で行っている付加給付(延長傷手付加金)は受けられません。

支給期間は支給開始の日から1年6ヶ月の範囲です。その間に働けるようになった場合は、その時点で受給権が消滅します。(※断続しては受けられません)

2. 支給要件(以下の要件をすべて満たすことが必要です)

①	被保険者期間が1年以上あること
②	退職日時点で傷病手当金を受給していること(または受給資格があること)
③	退職後も労務不能状態が続いていること(医師が労務不能と認めていること)

*退職日に出勤すると受給権を満たさないため退職日以降の傷病手当金が支給されません

*労務不能の判定は、医師の意見を基に被保険者の在職していた時の仕事の内容を考慮して判断されます

3. 支給期間

支給開始日より1年6ヶ月の範囲(退職後は断続して受けることはできません)

1日でも「受給できない日」があれば、同一傷病で再び労務不能になったとしてもその後の傷病手当金は支給できません。

4. 傷病手当金の支給調整

障害厚生年金・障害手当金・老齢厚生年金を受けている場合
同一傷病での障害厚生年金等の受給額が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。
老齢厚生年金等の受給額が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。
●国民年金厚生年金保険年金証書 ●直近の年金振込通知書 ●障害者手帳等 のコピーを添付

*傷病手当金を申請しているときに、年金の受給金額が改定された場合は、すみやかに健保までご連絡ください。

5. 内容審査について

疾病・負傷やその症状、医療機関への受診(投薬)状況等、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者、医師等へ照会させていただき、支給可否について判断を行います。

医療機関から発行された、「診療明細書・調剤明細書のコピー」を毎回添付してください

*任継者の方は添付不要

6. 申請書の提出・連絡先

退職後からの申請は、直接健保へご提出ください。

給付書類締日までに健保へ提出された申請書は、翌月の25日に指定口座にお振込みいたします。

*毎月の給付書類締切日(健保必着日)をホームページに掲載していますのでご確認ください

<提出先> 〒151-8543 東京都渋谷区本町1-6-2 カシオ健康保険組合
給付担当宛て

<連絡先> Tel: 03-5334-4263 メール: kenpo-kyufu@casio.co.jp

- ・傷病手当金は生活保障を目的とした給付ですので、できるだけ毎月申請してください。
- ・傷病手当金の申請後、健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。
- ・記入もれや書類不備等があると、給付が遅れる場合がありますのでご注意ください。

退職後の申請（初回のみ）に併せて提出してください

年 月 日

カシオ健康保険組合 行

退職後の傷病手当金申請に伴う本人状況報告書

支給要件について	退職日まで継続して被保険者期間（在職期間）が1年以上ありましたか？	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	退職日も傷病手当金を受給していましたか？（または受給資格があること）	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	退職後も療養中のため、労務不能状態が続いていますか？（医師が労務不能と認めていること）	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
療養状況・日常生活状況について	雇用保険（失業保険）の受給期間延長手続きはしていますか？（受給期間延長通知書のコピーを添付）	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 手続き中	
	傷病手当金の申請対象となった、病気またはケガの療養状況について	
	通院状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中（ 週間に 回） <input type="checkbox"/> 通院していない
	受診日について	<input type="checkbox"/> 医師に指示された日に受診する <input type="checkbox"/> 症状に応じて自分で判断して受診する <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら受診する
	療養する上で、医師から指示されていることを記入してください *必ずご記入ください	
	現在の体調（自覚症状など）を記入してください *必ずご記入ください	
	毎日の生活状況について	
	<input type="checkbox"/> 絶対安静 <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 短時間起きているが、ほとんど横になっている	
	<input type="checkbox"/> 安静時間をとっている（午前 時間・午後 時間） <input type="checkbox"/> 無理をしない普通の生活をしている	
<input type="checkbox"/> 家事をしている <input type="checkbox"/> その他（ ）		
日中の連絡先（電話番号・メールアドレス）をご記入ください		
電話番号：	メールアドレス：	
備考欄（連絡事項がございましたらご記入ください）		

傷病手当金を申請する状況は上記のとおりです。（ 年 月 日 現在）

記号 番号

被保険者氏名

印

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (資格喪失後の継続給付) (第 回)

※ ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、ご本人による署名または押印が必要です

年 月 日 提出

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号				被保険者氏名				生年月日			
	記号	番号			※自筆の場合は押印を省略できます ㊤				年 月 日			
	現住所 (日中の連絡先)	〒							電話番号			
	在職していた時の 仕事の内容				現在加入の 健康保険				<input type="checkbox"/> カシオ健康保険の任意継続に加入している <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入している <input type="checkbox"/> 被扶養者として他の健康保険に加入している			
	傷病名	(1)			初診日				年 月 日			
		(2)			初診日				年 月 日			
	申請期間 (療養の為、休んだ期間)	年 月 日 から			年 月 日 まで				日間			
	上記の申請期間について、ご自身の体調や症状をご記入ください。 医師からの治療に関する指示内容をご記入ください。 (医療機関から発行されました、「診療明細書」・「調剤明細書」のコピーを毎回添付してください) *任継者の方は添付不要											
	*必ず記入してください											
	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給(予定)していますか											
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(傷病名: _____ 受給開始年月: _____ 年 月 年間年金額: _____ 円) 障害の等級: _____ 級 <input type="checkbox"/> 年金額改定:(改定年月 _____ 年 月 年間年金額: _____ 円) <input type="checkbox"/> 手続き中												
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか												
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中(予定)												
<退職者のみ記入> 振込希望口座				銀行 信用金庫	預金 種別	普通	口座名義 (カタカナ)					
				支店 出張所		当座	口座番号					

※ 任継者の方は、振込口座記入不要 (任継資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

本紙に記載された個人情報、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

【太枠内は健保記入欄です】

同 年 月 日	年 月 日				法定支給期間				年 月 日から 年 月 日まで					
支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	支給期間	年 月 日	日間	平均日額 (円)	法定日額 (円)		
								入院期間	年 月 日	日間	前回	始	年 月 日	総支給日数
内 訳	法定給付							入院期間	年 月 日	日間	前回	終	年 月 日	

健保受付印

療養担当医師が意見を記入するところ	患者氏名																																		
	傷病名	(1)										療養の給付を開始した年月日	(初診日)	年	月	日																			
		(2)											(初診日)	年	月	日																			
	発病または負傷の年月日	年	月	日											転 帰	繰越 ・ 軽快 ・ 悪化 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転院																			
	発病または負傷の原因																																		
	労務不能と認められた期間	年 月 日 から										左の期間中の入院期間	年 月 日 から																						
		年 月 日 まで 日間											年 月 日 まで 日間																						
	上の期間中の診療実日数	日間	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	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	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記の期間中における「主たる症状および経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください																																			
投 薬 : <input type="checkbox"/> あり (月 日に 日分) (月 日に 日分) ・ <input type="checkbox"/> なし 通院指導の有無 : <input type="checkbox"/> あり (週間に 回) ・ <input type="checkbox"/> なし (理由: _____) 療養の指示内容・経過概要 : (検査・手術を行った場合は、その内容についてもご記入ください)																																			
症状経過からみて、従来職種について労務不能と認められた医学的な所見をご記入ください																																			
該当項目に○をつけ、今後の見通しについてご記入ください																																			
(A) 引続き加療を要する 年 月頃まで加療見込み (B) 平成 年 月頃から就労可能見込み (C) その他 (_____)																																			
人工透析実施、人工臓器等の装着について	人工透析実施または人工臓器等の装着日 : (西暦) 年 月 日																																		
	人工透析実施または人工臓器等の種別 : 人工肛門 ・ 人工膀胱 ・ 人工関節 ・ 人工骨頭 ・ 心臓ペースメーカー ・ 人工透析 ・ その他(_____)																																		
上記のとおり相違ありません。										年 月 日										《 お願い 》 <input type="checkbox"/> 証明日以前の期間を証明願います <input type="checkbox"/> 訂正箇所には訂正印を押印願います															
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名										Ⓜ 電話 (_____)																									

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日																			
	氏名	Ⓜ 住所																			
代理人(口座名義人)	(フリガナ)																				
氏名	Ⓜ 委任者と代理人との関係																				
住所	電話番号																				