

郵送による傷病手当金の申請について

1 送付いただく申請書等

【国民健康保険傷病手当金支給申請書】

- 世帯主記入用（必須）
 - ・申請者、振込先の口座は世帯主になります。（金融機関コード、支店コードはご不明の場合は未記入で結構です。）
 - ・金融機関名称・預金別について、記載のない口座への振込を希望される場合はお問合せください。
- 被保険者記入用（必須）
 - ・「④療養のために休んだ期間」は医療機関を受診する前の期間を含みます。
 - ・「⑤勤務ができなかった日数」は有給取得日や休暇日は除きます。
 - ・療養のために休んだ期間の給与等を補填する休業手当等の支給を受けた場合は⑥で「1 はい」に○をし、⑦にその額を記入してください。
 - ・事業主記入欄は医療機関を受診していない場合に記入が必要となります。
- 事業主記入用（必須）
 - ・複数の事業所で勤務している場合、それぞれの事業主による申請書の作成が必要です。
- 医療機関記入用（医療機関を受診していない場合には不要）
 - ・複数の医療機関を受診している場合、労務不能と診断した医療機関で記入が必要です。

申請書の記入に際しては、記入例をご覧ください、漏れのないようご記入ください

※世帯主以外の方（代理人）の名前で申請を行う場合

- 法定代理人の登記事項証明書又は委任状

【世帯主の本人確認書類のコピー】

以下のいずれかのコピーを送付してください。

- 顔写真付きのもの（1点、コピーを送付してください。）
マイナンバーカード、在留カード、運転免許証、パスポート、障害者手帳等
- 顔写真の無いもの（2点、コピーを送付してください。）
保険証、住民票（マイナンバーが非表示のもの）、年金手帳、キャッシュカード等

※世帯主以外の方の名前で申請を行う場合

- 代理人の方の本人確認書類の写し（上記参照）

【誓約書兼同意書】

- 住所、氏名は被保険者本人が自署してください。

2 【申請から支給まで】

申請から支給までは1月から1年半程度かかります。また、支給にあたり、支給決定通知書を送付いたします。

※労務予定であった日の翌日から2年間を経過すると、当該労務日分の申請ができなくなります。

〈問い合わせ・申請先〉

〒160-8484 新宿区歌舞伎町1-4-1
新宿区 健康部 医療保険年金課 国保給付係
TEL：03-5273-4149 FAX：03-3209-1436