

常務理事	事務長	担当者

石塚硝子健康保険組合 御中

## 傷病手当金申請にかかる遅延理由書

〈記入日〉 令和 年 月 日

被保険者証の	記号	番号			
被保険者の氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の住所	〒	—	都 道 府 県	区 市 郡	電話 — —
事業所の名称					
傷病手当金の請求期間	第 回目請求	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
遅延理由	【詳しくご記入ください】 _____ _____ _____ _____ _____				

①業務外の病気やけがの治療のため仕事につくことができず、給料等をもらえないときは、生活保障として傷病手当金が支給されます。

②傷病手当金は給与に代わるものですので、基本1ヵ月単位での請求してください。  
手術や治療・検査など緊急性の高い医療行為を優先される場合など、傷病手当金が毎月申請できない正当な理由がある際は、請求書に証明された労務不能期間と請求日（書類提出日）との間が3ヵ月以上の場合や、数ヵ月分をまとめて請求する場合、この遅延理由書を添えて傷病手当金支給申請書を提出して下さい。

③健康保険法第99条で傷病手当金の支給額、支給期間について規定していますが、その趣旨としては疾病または負傷に対する療養の給付あるいは療養費の支給等の保険給付により、労働力の早期回復をはかることを主目的のひとつにしていることから、正当な理由もなく自己判断で受診を中断したり、処方箋が交付されているにもかかわらず服薬しない等、正しい療養をされていない場合は傷病手当金が支給されないことがあります。

④傷病手当金申請にかかる遅延理由に正当な理由がない場合には傷病手当金が不支給になることもあります。

[事業所確認欄]

事業所名