

傷病手当金申請書類チェックリスト

次の書類を提出してください。

以下の項目について必ずご確認の上、確認後は申請者チェック欄（□）に☑を入れてください。

	提出書類	備考欄	申請者	市町村
(1)	傷病手当金支給申請書（被保険者用①） 別紙4-①		□	□
(2)	傷病手当金支給申請書（被保険者用②） 別紙4-②		□	□
(3)	傷病手当金支給申請書（事業者用） 別紙4-③		□	□
(4)	傷病手当金支給申請書（医療機関用） 別紙4-④	医療機関に 入院 していない場合は提出不要です。	□	□
(5)	預金通帳またはキャッシュカードの 写し （振込先口座として指定するもの） ※申請者名義のもの ※申請者名義以外の口座を希望する場合、申請書（別紙4-①）の【受取代理人の欄】に記載の上、該当口座の通帳またはキャッシュカードの 写し を提出してください。	口座番号・金融機関名・支店番号・口座名義人がわかるページの写しを提出してください。	□	□
(6)	大分県後期高齢者医療被保険者証の 写し	死亡により返却済みの場合は提出不要 相続人が申請する場合は、相続人申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる本人確認書類の写しを提出してください。	□	□
(7)	就業制限通知書および就業制限解除通知書	保健所から発行されたものでコピーで結構です	□	□
(8)	傷病手当金申請書類チェックリスト 別紙4-⑤	この用紙です。	□	□
※ (9)	【シフト勤務の方に限ります】 休んだ月の勤務表・シフト表	勤務状況の参考とさせていただきます。 可能な限り提出ください。	□	□
※ (10)	誓約書 別紙4-⑥	対象となる被保険者が死亡し、その相続人により申請する場合に提出が必要です。 戸籍謄本等相続権が確認できる書類を添付してください。	□	□

※（9）・（10）の提出書類は該当者のみ提出

裏面の注意事項も併せてご確認ください。

◎注意事項

- ◆ 記入の際は、**黒色の消えないタイプのペンをお使いください。**
- ◆ ご記入いただいた項目に漏れ、誤りがないか**再度ご確認ください。**
- ◆ 特に、ご記入いただいた振込先口座番号と添付いただいた預金通帳またはキャッシュカードの写しの口座番号が**一致していることをご確認ください。**
- ◆ **提出書類に記入漏れや誤りがある場合は、申請を受け付けられない場合があります。**
ご注意ください
- ◆ **提出書類の返却はいたしません**ので、必要な場合はあらかじめ控えをとった上で提出してください。
- ◆ **申請内容によっては、申請者・勤務先等に電話照会を行ったり、上記の書類のほか、追加で書類を求める場合があります。**あらかじめご了承ください。

受 付