

平成28年3月31日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

### 傷病手当金の支給申請時の申請書類の追加について

傷病手当金の平成28年4月1日以降支給分から、傷病手当金の額の算定に当たっては、その支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間の各月の標準報酬月額を用いることとなりますが、被保険者に同一の保険者（健康保険組合又は全国健康保険協会）内における適用事業所の変更があった場合（適用事業所の所在地の変更により、当該適用事業所が属する保険者（健康保険組合又は全国健康保険協会）の支部に変更があった場合を含みます。）、又は健康保険組合に合併・分割・解散があった場合についても、これらの事象が発生する前の標準報酬月額も平均の算定対象となります。このため、各保険者（健康保険組合又は全国健康保険協会）において、いずれの標準報酬月額を平均の算定に用いるかの特定を容易にするため、支給申請時の添付書類として、別添の書類を追加することとしますので、お知らせします。

なお、同一の傷病に係る傷病手当金の支給申請が一定の期間ごとになされる場合、2回目以降の支給申請については、既に傷病手当金の額が定まっているため、当該添付書類の提出は不要です。

また、上記の添付書類の追加は、出産手当金の支給申請についても同様です。

【別 添】

被保険者証	記号		番号	
氏名	(フリガナ)			
		昭和 平成	年 月 日	

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む12か月の間に、勤務先に変更があった場合は、各勤務先の名称、住所及び使用されていた期間をご記入下さい。ただし、勤務先が変わったことに伴い、保険者(全国健康保険協会又は健康保険組合のことを言います。)も変わった場合は除きます。

①	会社名	(フリガナ)			
	所在地	〒	—	都・道 府・県	
	使用されていた期間	平成	年	月 日	～ 平成 年 月 日

②	会社名	(フリガナ)			
	所在地	〒	—	都・道 府・県	
	使用されていた期間	平成	年	月 日	～ 平成 年 月 日

③	会社名	(フリガナ)			
	所在地	〒	—	都・道 府・県	
	使用されていた期間	平成	年	月 日	～ 平成 年 月 日

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む12か月の間に、加入していた健康保険組合に合併、分割又は解散が生じた場合は、各健康保険組合の名称及びその加入期間をご記入下さい。

①	健康保険組合の名称				
	加入期間	平成	年	月 日	～ 平成 年 月 日

②	健康保険組合の名称				
	加入期間	平成	年	月 日	～ 平成 年 月 日