

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

1枚目

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	記号 番号	②被保険者氏名 (申請者)					
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 一	④被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日				
				TEL : ()				
	⑤所属会社名		⑥あなたの仕事内容 (退職者は在籍中の)					
	⑦傷病名		⑧発病または 負傷年月日	平成・令和 年 月 日				
	⑨傷病について	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病 <input type="checkbox"/> 労働災害(または通勤途上災害)の傷病 <small>*「第三者行為」または「労働災害(通勤途上災害)」の場合は必ず事前にご連絡下さい</small>						
	⑩労災給付について	労災保険から休業給付を受けていますか(又は受け予定がありますか) <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給無し → 「受給中」または「請求中」の場合労働基準監督署をご記入下さい <small>労働基準監督署</small>						
	⑪発病時の状況または 負傷の原因(具体的に)							
	⑫療養のため休んだ 期間(申請期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	<small>*入社後1年末満の期間を申請される場合は、初回申請時に「調査書」もご提出下さい。 新卒入社の方は、調査書の提出は不要となりますので左記にチェックをつけてください。</small>							
	⑬障害厚生年金・ 障害手当金について	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給無し *受給中の場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等 <small>受給開始年月日と年金額を確認できる書類の添付が必要です</small>						
	上記にて「受給中」又は 「請求中」の場合記入	基礎年金番号		年金額(年額)	円			
	傷病名							
	⑭老齢年金について (退職者のみ)	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給無し *受給中の場合は「年金証書(写)」「年金振込通知書(写)」等 <small>受給開始年月日と年金額を確認できる書類の添付が必要です</small>						
	上記にて「受給中」又は 「請求中」の場合記入	基礎年金番号		年金額(年額)	円			
	⑮書類提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書について健康保険組合への提出を事業主へ委任します(委任する場合は✓をつけて下さい)						
⑯備考								

給 付 金 受 取 先	⑰委任状 被保険者 (申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。						
		<input type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 (※「⑲振込口座欄」の記入は不要です)				住所:「被保険者(申請者)住所」欄と同じ		
⑲振込口座	銀行・信組 金庫・農協				本店 支店	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	口座番号					口座名義	※カタカナで記入してください	

健 保 使 用 欄	受理決定日	年 月 日	支 給 額	円	常務理事	事務長	事務次長	担当
	支 払 日	年 月 日						
	資格取得日	年 月 日	標準報酬日額	円				
	資格喪失日	年 月 日	12ヵ月・直近・組合平均 / 新卒・継続					

* * この申請書は必ず **2枚1組**で申請して下さい* *

2枚目

傷病手当金支給申請書

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)			初診日	(1)平成・令和 年 月 日
		(2)				(2)平成・令和 年 月 日
	発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日			発病または負傷原因	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から			労務不能期間中の入院期間	令和 年 月 日から
		令和 年 月 日まで	※未来日付ではなく証明日以前の期間をご記入下さい			令和 年 月 日まで
	診療実日数	日	診療日を○で 囲んで下さい	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	
	労務不能と認めた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しくご記入ください）					
	症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見					
上記のとおり相違ないことを証明します。			証明日：令和 年 月 日			
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名			TEL：()			

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	給与の種類	□月給 □その他 □時給（時給： 円） □日給（日給： 円）
	上記の期間に対して賃金を支給しました（します）か？	<input type="checkbox"/> はい ➔ 下記に内訳を記入して下さい <input type="checkbox"/> いいえ		
		給与支払日	□当月 □翌月	
	報酬名	欠勤等の控除日	□給与支払月 □給与支払月翌月	
		支給対象期間	支給額	有休日額 *申請期間中に有休がある場合記入
		基本給	円	円／日
		通勤手当	円	賃金計算方法 *申請期間中、欠勤等の控除がある場合、計算方法等詳細を記入（添付の賃金台帳に記入でも可）
			円	
			円	
			円	
		円		
	円			
上記のとおり相違ないことを証明します。			証明日：令和 年 月 日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			TEL ()	