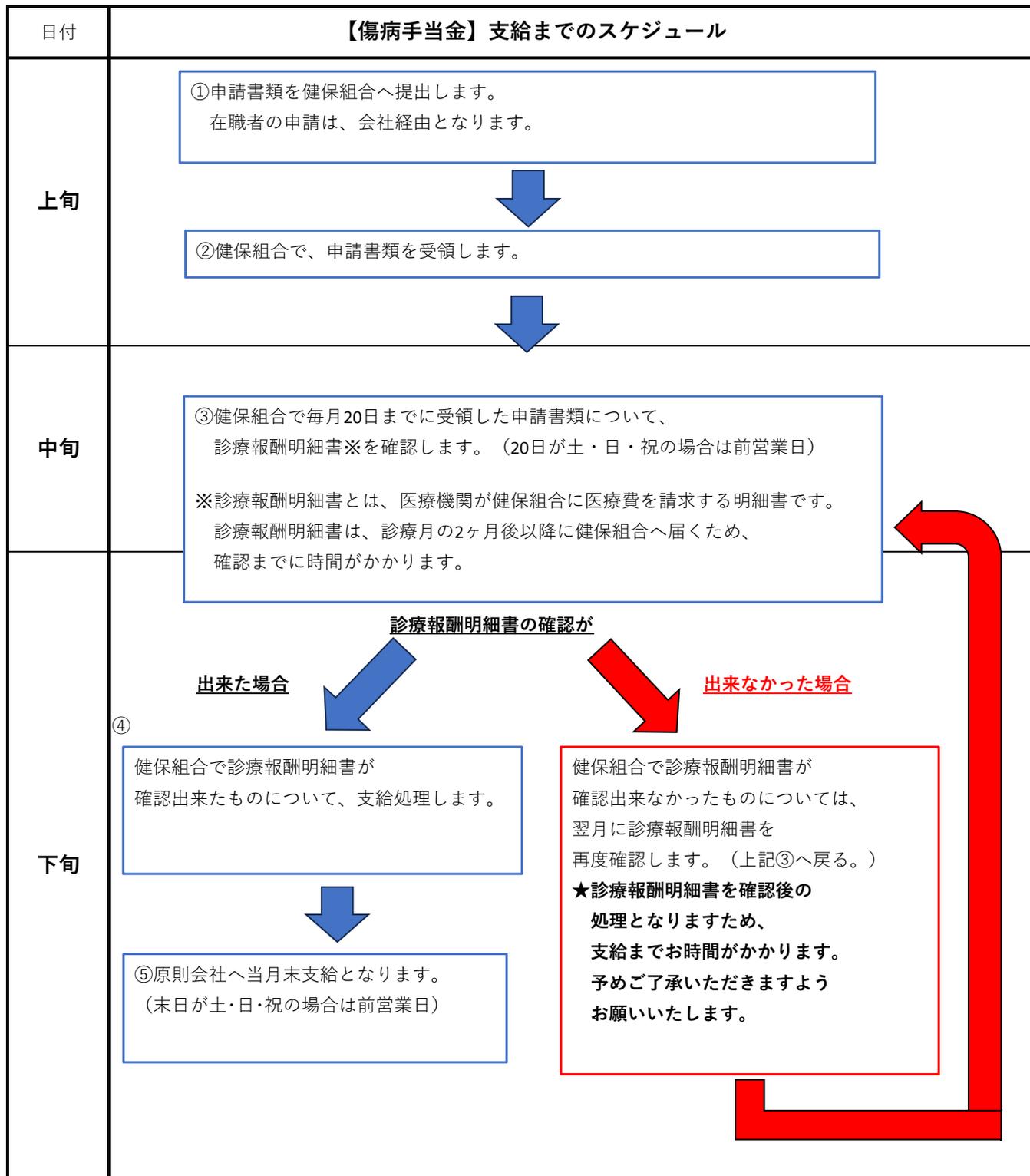


【傷病手当金】支給の流れ <令和7年4月1日健保組合受領分より>



任意継続被保険者は、健保組合へ届出された口座へお振込みとなります。

健 保 記 入 欄	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	標準報酬月額 (平均)	円	傷病手当金 支給日額	円
	報酬	報酬日額	円	備考欄			
		調整後の傷病手当金支給日額	円				
支給額	算定式	円 × 日 =		円	常務理事	事務長	担当
		(合計)		円			

健康保険 傷病手当金支給申請書

(1/2)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年 月 日							(第 回目)			
	被保険者等 記号番号	記号	被保険者 氏 名		生年 月 日	昭和 ・ 平成	年	月	日			
		番号										
	被保険者 住所	〒	所属及び 部署名			電話 ()						
		電話 ()										
	資格取得 年月日	平 ・ 令	年	月	日	資格喪失 年月日 (喪失後の場合)	令 和	年	月	日		
	傷 病 名							発病又は 負傷年月日	令 和	年	月	日
	発病又は 負傷の原因							第三者の行為に よるものですか	いいえ ・ はい			
	傷病又は 負傷のため 休んだ期間	年 月 日 から						日間				
		年 月 日 まで										
	障害厚生年金又は障害手当金 受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中				受給(請求)している 年金の種類		1. 障害厚生年金 2. 障害手当金				
	受給開始年月日	年 月 日				障害厚生年金 又は手当金の額		円/年				
	支給事由となった傷病名											
*(受給資格者証及び直近の年金裁定通知書・年金額改定通知書等の写し)												
の 者 任 み ・ 意 記 退 継 入 職 続 し 被 た 保 方 険	老齢又は退職を事由とする 公的年金受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中				受給(請求)している 年金の種類						
	受給開始年月日	年 月 日				年金額		円/年				
	無職無収入 の証明	年 月 日 から				日間		無職無収入でありました。				
	年 月 日 まで											

委 任 欄	本申請に基づく給付金の受領を 次のとおり代理人を定め委任いたします。									
	年 月 日									
	被保険者 (請求者)	氏名								
	住所									

支 払 先 金 融 機 関	銀行	支店	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)			

受付日付印

(2/2)

1回目の傷病手当金を請求される際は、①の期間の賃金台帳及び出勤簿の写をご提出ください。

2回目以降は必要によりお願いすることがあります。

事業主が証明するところ(注)	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与締日: 日締 給与支払日: 当月・翌月 日払	
	うへの期間中として賃金を	支給した・支給しない・将来支給する・将来も支給しない			
	上記期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)	
		②一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)	
			年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)	
	③現在まで又は将来も支給しない場合はその旨	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
備考					
療養の継続及び出社の確認	1. 継続療養中 (証明日現在) 2. 出 社 (年 月 日から)				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 名称 氏 名 電 話					

療養を担当した医師が意見を記入するところ(注)	被保険者(受診者)氏名			発病または負傷の原因					
	傷病名								
	発病または負傷年月日	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	年	月	日	
	労務不能と認めた期間	年 月 日 から		日間	左の期間中の診療実日数	日間			
		年 月 日 まで							
	* 意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた期間を記入してください。(先日付の証明は受付できません。)								
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日 から		日間	入院の費用の別	健 保 費 公 費 自 費 その他			
	年 月 日 まで								
傷病の主状態及び経過概要	労務不能と認めた期間における「主たる症状および経過」等を詳しくご記入ください。								
	労務不能と認めた理由(自覚的症状、他覚的所見など)について詳しくご記入ください。								
今後の就労見込	1. 可能 (年 月頃) 2. 不明		症状は固定	1. している (固定日 年 月 日) 2. していない					
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 電 話									

大気社グループ健康保険組合

(注) 記入いただいた内容を訂正する場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(担当者サイン)を記入してください。