

健康 保 険 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)
	被保険者証 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 ()		
	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)	平 令	年 月 日		
	傷 病 名					発病又は 負傷年月日	平 令	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 支給の有無	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 意 退 職 後 再 就 職 し 被 保 険 者 に な る 場 合	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

大気社グループ健康保険組合

- 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。
 (2/2) 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	日間	給与締日: 日締
		年 月 日 まで		給与支払日: 当月・翌月 日払
	うえ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		
	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から	の分として 金 円	
		年 月 日 まで	(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	の分として 金 円		
	年 月 日 まで	(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	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
年 月 日 まで				
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 公 費 自 費 其他			
		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・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)			症状は固定	1. している (固定日 年 月 日)				
	2. 不明				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									

(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。