

健康保険組合記入欄

健康保険 傷病手当金支給申請書

(1/2)

提出日		令和 01年 5月 28日		(第 回目)									
被保険者証 記号番号	記号	××		被保険者 氏名	健保 太郎								
	番号	△△△△											
生年月日	昭和 平成	4	9	0	7	2	1						
被保険者 住所	〒 住所をご記入ください			所属及び 部署名	〇〇〇部								
電話	()			電話	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇								
資格取得 年月日	平 令	2	6	1	0	0	1						
資格喪失 年月日 <small>(喪失後の場合)</small>	平 令												
傷病名	急性胃炎					発病又は 負傷年月日	平 令	0	1	0	5	1	0
発病又は 負傷の原因	不明					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	令和 01年 5月 10日 から					11 日間							
	令和 01年 5月 20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 入職 続し 被 た保 方險	老齢又は退職を事由とする 公的年金受給の有無					任意継続被保険者・退職した方は、 こちらの箇所にも必ず記入してください。					円/年		
	受給開始年月日										円/年		
	無職無収入 の証明										年 月 日 まで	円/年	

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。											
	令和 01年 5月 28日											
	被保険者 (請求者)	氏名	健保 太郎									住所

支払先金融機関	支払先金融機関は人事ご担当に確認ください										
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

1回目の傷病手当金を請求される際は、①の期間の賞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	※事業所が記入・証明する欄 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。
	うえの期間中として賞金を	
	①全額支給した場合又は支給する場合	
	②一部支給した場合又は支給する場合	
	③現在まで又は将来も支給しない場合はその旨	
	備考	
療養の継続及び出社の確認		
上記のとおり相違ないことを証明し:		
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	※担当医師が記入・証明する欄(できるだけ漏れがないよう、記入をお願いしてください) 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。											
	傷病名												
	発病または負傷年月日	平成											
	療養の給付を開始した年月日	平成											
	労務不能と認めた期間	令和	●●	年	●●	月	●●	日	から	●●	日間	左の期間中の診療実日数	日間
		令和	●●	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	平・令	年	月	日	から				日間	入院の費用の別	健保費 公費 自費 その他	
		平・令	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(平・令 年 月頃)	2. 不明	症状は固定	1. している(固定日平成 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。													
令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日													
所在地													
医療機関名													
医師氏名													
電話													

「証明日」は、労務不能と認めた期間以後の日付が有効となります

(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。