

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額				円
				支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者申請者情報	被保険者証の 記号	番号	生年月日
	氏名 (フリガナ)	所属	部・支店・工場 課
	自宅住所 (〒 -)	(都(道) 府(県))	
	電話番号 TEL ()		

申請内容	1 傷病名	2 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 不詳 年 月 日
	3 該当の傷病は病気ですか ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 → 【発病時の状況】 <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 【負傷の原因】(負傷した日時・負傷した場所・発生状況を具体的に記入)		
	4 療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	2 障害厚生年金・障害手当金 を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ 2. 障害手当金	傷病名	
(「はい」「請求中」の場合は 傷病名・基礎年金番号等を記入)	基礎年金 番号	年金 コード	支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
3 老齢・退職を事由とする公的 年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	※ 健康保険の資格を喪失した方は こちらの欄をご記入ください。		
(「はい」「請求中」の場合は 基礎年金番号等を記入)	基礎年金 番号	年金 コード	支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	店舗番号
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。		口座名義 の区分
				<input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) <input type="checkbox"/> 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の 代理人に委任します。	令和 年 月 日	受付日付印
	代理人 (口座名義人)	氏名 (〒 -) TEL () 住所 (別冊) 氏名	委任者と 代理人との 関係	

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は
備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は
個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

被保険者氏名		事業主記入用																											
療養のため休んだ期間 (申請期間)		令和 年 月 日から							令和 年 月 日まで							日間													
勤務状況【出勤は○】・【欠勤は×】・【有給休暇は△】・【公休は公】でそれぞれ表示ください。																													
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							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									
事業主が証明するところ 上記期間の賃金内訳	区分	月	月分							月分							月分												
		該当するものに○	支給額(円)							該当するものに○	支給額(円)							該当するものに○	支給額(円)										
	基本給	全額・日割・無							全額・日割・無							全額・日割・無													
	通勤手当	全額・日割・無							全額・日割・無							全額・日割・無													
	手当	全額・日割・無							全額・日割・無							全額・日割・無													
	手当	全額・日割・無							全額・日割・無							全額・日割・無													
	手当	全額・日割・無							全額・日割・無							全額・日割・無													
	手当	全額・日割・無							全額・日割・無							全額・日割・無													
(備考)																													
業務及び通勤外の傷病であること、並びに上記のとおり相違ないことを証明する。																													
令和 年 月 日										事業所名称 事業所所在地 事業主氏名																			

患者氏名		療養担当者(医師等)記入用																																																																																																																											
傷病名		発病または負傷の原因																																																																																																																											
発病または負傷の年月日		□平成 年 月 日 □発病							療養の給付開始年月日(初診日)							□平成 年 月 日 □令和 年 月 日 □負傷																																																																																																													
労務不能と認められた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間							うち入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																																																																																																																		
診療実日数		<table border="1"> <tr> <td>診療日</td> <td>月</td> <td colspan="30">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</td> </tr> <tr> <td>に○</td> <td>月</td> <td colspan="30">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</td> </tr> <tr> <td></td> <td>月</td> <td colspan="30">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</td> </tr> </table>																												診療日	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																														に○	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																													
診療日	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																																																																																																																											
に○	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																																																																																																																											
上記の期間中における「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)		手術年月日 令和 年 月 日							退院年月日 令和 年 月 日																																																																																																																				
症状経過からみて従来の職種につい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する。										医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話																																																																																																																			
令和 年 月 日																																																																																																																													