

健保組合 使用欄	支給決定額		円				常務理事	担当上司	担当
	支給開始日		令和 年 月 日						
	支給期間	自	令和 年 月 日	日数					
		至	令和 年 月 日	日					
	前回	始	令和 年 月 日	日数	受取代理人 無 ・ 有				
終	令和 年 月 日								
減額期間	自	令和 年 月 日	日数	金額	全額不支給(期間)	自	令和 年 月 日	日数	
	至	令和 年 月 日	日	円		至	令和 年 月 日	日	

## 健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回目)

三谷健康保険組合理事長 殿

※個人番号で申請される場合は、備考欄(下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	被保険者の生年月日	
				昭平	年 月 日
被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ)		電話番号	
				- -	
事業所(会社)の名称		事業所(会社)の所在地	TEL - -		
傷病名	1.			1.	令和 年 月 日
	2.			2.	令和 年 月 日
	3.			3.	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因	いつどこで	令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時頃	第三者行為によるものですか		
	何をしていて(詳しく記入)	いいえ ・ はい			
療養のため仕事を休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
上記期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。	はい ・ いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間 円
障害年金、障害手当金を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	はい ・ いいえ ・ 請求中		障害年金 ・ 障害手当金		
上記で「はい」又は「請求中」と答えた場合、記入して下さい。	年金額	円	年金の支給事由となった傷病名		
	年金支給開始年月日	平・令 年 月 日	基礎年金番号・年金コード		
資格喪失者及び任意継続被保険者の方	高齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。「はい」または「請求中」と答えた場合、下記を記入して下さい。		・はい ・ いいえ ・ 請求中		
	高齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード	年金支給開始年月日	年金額	
			平・令 年 月 日	円	
			平・令 年 月 日	円	
労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	いいえ	左欄で「労災請求中」または「はい」の方は右欄を記入してください。	支給(請求)労働基準監督署名		
	はい		労働基準監督署		
※「はい」の方は「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付してください。					
振込希望口座	銀行 本店		支店 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)
備考					

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		(フリガナ)	委任者と代理人との関係
	被保険者(申請者)の住所氏名	令和 年 月 日	代理人の氏名	
	代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号
	-		-	-

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)										出勤	有給																							
	年月	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	計	日	日
	年月	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	計	日	日
	年月	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	計	日	日
	労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か?										給与の種類	賃金計算																							
	はい ・ いいえ										月給 日給	締日																							
	労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。										日給月給 時間給	日																							
											歩合給 その他	支払日	当月翌月																						
	支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																											
		基本給			支給額	支給額	支給額																												
通勤手当																																			
手当																																			
手当																																			
手当																																			
手当																																			
現物給与																																			
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。										担当者氏名																									
										令和 年 月 日																									
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名										電話	- -																								

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	(1)																																
		(2)																																
		(3)																																
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	発病負傷	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 年 月 日	(2) 令和 年 月 日	(3) 令和 年 月 日																											
		発病又は負傷の年月日	発病負傷	発病または負傷の原因																														
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から	日間	療養費用の別	健保	自費	公費( )	その他																										
	上記のうち入院期間	令和 年 月 日から	日間	転 帰	治癒	繰越	中止	転医																										
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。	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	
労務不能と認めた期間中における「主たる症状および経過」「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の労務不能と認められた医学的な所見																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門	イ. 人工関節	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー																													
		オ. 人工透析	カ. その他( )																															
上記のとおり相違ありません。												令和 年 月 日																						
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名												電話 - -																						