

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 者 申 請 者 の 記 入 す る こ ろ	被保険者証 記号-番号	-	被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)									
	被保険者 (申請者) 住所	〒 - 電話 - -											
	療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで											
	うへの期間分 の報酬	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けない ・ <input type="checkbox"/> 受けられるが受けていない											
	療養のため 休んだ期間のうち 入院した期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで											
	入院費用の別	健康保険 ・ 自費 ・ 公費 ・ その他 ()											
負傷の 状況(第一 回目のとき 記入)	負傷日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時頃											
	負傷場所												
	用務先と 目的												
	負傷したとき の状況を詳しく ご記入下さい												
第三者の行為 による場合	加害者氏名				加害者 住所				電話	- -			
	損害賠償の 交渉について	交渉した(具体的に:) ・ 交渉しない											
年金給付の受給状 況について	①年金を受給していますか		受けている ・ 受けていない ・ 請求中										
	②上記で「受けている」又は 「請求中」と答えた場合		年金の種類	老齢年金 ・ 障害年金 その他 ()									
被保険者名義 (申請者) 受取金融機関	銀行	信用金庫	本店	普通	口座番号 ※7ケタで記入								
	信用組合	農協	支店	種別	当座	口座名義 (カタカナ)							

受取 代理人 の 欄	本申請書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	
	被保険者 (申請者) 氏名	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	住所	〒 - 電話 - -
代理人	フリガナ	氏名

同意欄	この度申請した傷病手当金の支給に関して、貴組合が医療保険者、医療機関等に照会することに同意します。 被保険者氏名
-----	---

支払日付印	受付日付印

社会保険労務士の提出代行者記載欄

事業主の証明 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下さい。																															
	種	類	支	給	額	1日当りの額	支	給	期	間	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入下さい。																					
	基本給		円			円	月	日	～	月	日																					
	役付手当		円			円	月	日	～	月	日																					
	家族手当		円			円	月	日	～	月	日																					
	通勤手当		円			円	月	日	～	月	日																					
	無事故手当		円			円	月	日	～	月	日																					
			円			円	月	日	～	月	日																					
			円			円	月	日	～	月	日																					
	計		円			円	月	日	～	月	日																					
労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由																																
被保険者の 業務内容											給与の種類	月給・日給・日給月給 時間給・歩合給 その他 ()										賃金計算	日締め 翌・当月 日払い									
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 担当者氏名																																
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 - -																																

傷病名																														
発病または 負傷の原因																														
発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付開始 年月日(初診日)	令和 年 月 日																											
労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から	左の期間の診 療実日数	日間																											
	令和 年 月 日まで																													
労務不能と 認めた期間のうち 入院期間	令和 年 月 日から	療養費用 の別	健康保険・自費・公費																											
	令和 年 月 日まで		その他 ()																											
「主たる症状およ び経過」「治療内 容、検査結果、療 養指導」など詳しく ご記入下さい。	手術年月日	令和 年 月 日	転帰	治癒																										
	通院年月日	令和 年 月 日		継続																										
				中止																										
				転医																										
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 - -																														

※初回申請の場合は、申請期間分と申請期間前一月分(通常勤務分)の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを添付して下さい。