

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金支給申請書 (第 回目)

【申請書はA3サイズで印刷してご使用ください】

保険証の 記号・番号	-		事業所名		
職場で行っている業務の内容 ※離職者は在職時の業務内容					
発病または 負傷の原因	発症日 負傷日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
	どこで				
※不明な場合は おおよそで 構いません ※空欄、不明だ と受理不可	何をしています				
	確認事項 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	労災(業務上や通勤中)によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災申請の場合は労基署名()	第三者の行為によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 「はい」は負傷原因届の添付が必要		
申請期間 (休んだ期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)				
療養状況 確認後 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 私は医師の指示通りに療養に専念しています。(通院、入院、服薬、日常生活など) ※適切な療養(通院や服薬等)を行っていない場合は支給対象とはなりません。(健康保険法 第99条)				
年金等を受給 している場合 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	種別	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金			
		※年金等の受給者は年金改定通知書または年金裁定通知書の写しを添付			
給付金の受取 方法について 選択に <input checked="" type="checkbox"/>	受給開始月	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和		年金額 (年額)	円
	<input type="checkbox"/> 事業所払いを希望する(事業所経由で給与と併せて支給/支給日:事業所の給与支給日) <input type="checkbox"/> 本人払いを希望する(本人口座に直接支給/支給日:毎月2日、土日祝の場合はその翌日)				
銀行・信用金庫 他()		本店・支店 他()			
金融機関コード		支店コード			
普通	口座番号			口座名義	
上記のとおり請求します。 支給決定の際に必要なに応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会を求めることに同意します。 また、給付金の事業所払い(受取代理)を選択した場合は事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日 ※請求期間最終日以降の請求であること 請求者の住所 〒 ※退職後の請求は別紙「療養・日常生活状況報告書」の添付が必要 氏名 TEL					
※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください					

事業主 証明欄	療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)				
	上記期間に 対しての報酬に ついて ※初回の待期 3日を除く	①本俸支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→支給額	円	
		②手当支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→支給額	円	
		③交通費支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→支給額	円	
		④その他支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→支給額	円	
※翌月の給与にて支給分が控除されるなど後日調整される場合は「支給なし」となります ※初回および出勤や報酬等がある場合は出勤が確認できる書類の写しと給与明細等の写しを添付						
上記のとおり相違ないことを証明します。 ※上記の支給額等について事業所作成の資料添付でも構いません。 令和 年 月 日 ※請求期間最終日以降の証明であること 事業所の所在地 名称 事業主 TEL						

療養 担当 者の 意見 記入 欄	【注意】ご記入いただいた内容は支給決定の重要な判断材料となりますので楷書で丁寧にご記入ください。 場合により社会保険審査会、裁判等での証拠書類となる場合もありますので正確にご記入ください。																																
	傷病名 ※レセ記載病名						初診日 療養の給付開始日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和																									
	発病・負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和					発病・負傷の 原因																										
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)																															
	診療日 入院期間を含む 該当日に○	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
		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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																																
	症状経過からみて従来の職種について労務不能を認められた医学的な所見																																
	その他 該当の場合のみ	人工透析の実施・人工臓器を装着した日					人工臓器等 の種類 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																									
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和																																	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 ※請求期間最終日以降の証明であること 医療機関の所在地 名称 医師名 TEL																																	

※複数の方が記入する書類のため訂正の際は訂正印の押印をお願いします。

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者