

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

令和 1 年 5 月 15 日提出

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号	○		③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	健保 太郎										
		番号	○○○○			昭和 平成		年	月	日						
	② 社員番号	○○○○○				昭和	平成	6	0	0	6	0	5			
	④ 被保険者(申請者)の住所	住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。														
	⑤ 事業所名称	○○株式会社				⑥ あなたの仕事の内容(具体的に)	客先を訪問する営業職									
	⑦ 傷病名	左足複雑骨折				⑧ 発病または負傷年月日	平成 令和	3	0	年	0	4	月	1	5	日頃
	⑨ 療養の為に休んだ期間の傷病の状態を詳しく	4月7日入院、緊急手術を受ける。4月15日に退院後、リハビリに通院中 医師からの指示等:リハビリを行いながら、自宅での療養を指示された														
	⑩ 疾病または負傷の療養のために休んだ期間(申請期間)	平成 令和	3	0	年	0	4	月	2	5	日	から	37	傷病の為に休んだ期間に給料が出た場合、あるいは出る場合は金額を記入してください。		
		平成 令和	0	1	年	0	5	月	3	1	日	まで				
	⑪ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑫ 「はい」と答えた場合、その報酬額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間			平成 平成	年	月	日から	日まで	【報酬額】				
⑬ 傷病の原因について	<input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故		*労災に該当する *交通事故、第... さい。			年金を受給している場合は、年金名(障害、老齢)、年金額を記入してください。										
⑭ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 未請求		*「障害厚生年金」受給中の場合... *請求中の場合は... 必要となりますので健保組合までご連絡ください。													
⑮ 上記⑭で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について	傷病名															
⑯ 基礎年金番号											年金額(年額)	円				
⑰ 左記⑯で「受給中」「請求中」とされた場合の基礎年金番号・年金額について											年金額(年額)	円				

⑩ 振込希望口座	銀行 信組 支店		信組 農協 出張所								
	[金融機関コード]	0	1	2	3	[店番号]	1	2	3		
	預金種別	口座番号				フリガナ	ケンボ タロウ				
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1	2	3	4	5	6	7	口座名義			健保 太郎

◎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する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

⑱ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。										
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人										
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人										
	被保険者(申請者)	住所 氏名									
受取代理人情報	代理人住所	(〒) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。									
	代理人氏名	フリガナ									

社会保険労務士の提出代行者記載欄

◎第1回目の申請については、その期間にかかる 出勤簿(写)、及び賃金台帳(写)を添付してください。(2回目以降であっても、一部でも報酬の支払があるとき、また申請期間が継続していない場合は添付してください。)

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	●給与締日と支払日を記入してください。 ※賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)については、添付する賃金台帳(写)に記入してください。			
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい →(※下記に内訳を記入してください) <input type="checkbox"/> いいえ		締日	日	支払日	(当月・翌月)
	報酬の名称	支給対象期間	支給額	田			
		月 日 ~ 月 日	円	[備考] ※有休がある場合は、日額を記入してください。			
		月 日 ~ 月 日	円	●有休日額 [円/日]			
		月 日 ~ 月 日	円	●復職状況:[月 日] 復職・未復職			
		月 日 ~ 月 日	円				
上記のとおり相違ないことを証明します。				担当者氏名	証明日 平成 年 月 日		
所在地	事業主氏名			TEL	()		

事業主の証明が必要です

*療養を担当した医師の方へ
・労務不能と認められた期間については未来日は記入しないで下さい。※証明日以前の期間を記入して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名			発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷		
	傷病名 ※(1)から労務不能と認められた主たる病名を記入して下さい。	(1)			療養の給付開始年月日 (貴院の初診日)	(1) 平成 年 月 日		
		(2)				(2) 平成 年 月 日		
		(3)				(3) 平成 年 月 日		
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	発病または負傷の原因				
	労務不能期間中の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別 転 帰				
	診療実日数 (入院と通院の合計)	日	診療日を○で囲んで下さい	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				
	上記の労務不能の期間中における「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	平成 年 月 日	
					退院年月日	平成 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								
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	人工臓器等の種類	<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()			
上記のとおり相違ありません。								
医療機関の所在地				証明日 平成 年 月 日				
医療機関の名称				医師の氏名				
				TEL ()				

医師の証明が必要です