

※傷病手当金は1ヶ月毎に提出してください。

健康保険 傷病手当金 傷病手当付加金 支給申請書

(第 〇 回目)

| | | | | |
|------------|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇 | 生年月日 | 昭・平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
| | 氏名・印 | フリガナ ミツビシ タロウ | 事業所名称 | 〇〇〇〇株式会社〇〇工場 |
| | | 三菱 太郎 (印) | 業務種別 | 製造 |
| 住所 電話番号 | (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1 | | 電話番号 : 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 | |
| 申請内容 | 傷病名 | (1) 骨折 | 発病又は 負傷年月日 | 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平・令 年 月 日 |
| | 発病の状態又は 負傷の原因を詳しく | 〇月〇日午前〇時頃、自宅から最寄り駅に向かう途中 足を滑らせて転倒し右手を骨折した。 | | |
| | 療養のため休んだ期間 (申請期間) | 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで (〇〇) 日間 | | |
| | 上記の期間中に おける療養状況に ついて詳しく | 症状やどのように過ごしたかを具体的に : 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 期間中の受診日(通院日) : 〇月〇日、〇日、〇日 医師からの指示内容 : 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | |
| 確認事項 | 上記期間に報酬を 受けましたか。又は 今後受けられますか | <input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | 「はい」の場合、その 報酬支払の基礎と なった期間と報酬額 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 報酬額 円 |
| | 障害厚生(基礎)年金・ 障害手当金を受給し ていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | 「はい」 「申請中」 の場合 | 傷病名 支給開始 年 月 日 基礎年金番号 年金額 円 |
| | 老齢年金を受給 していますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | 「はい」 「申請中」 の場合 | 基礎年金番号 年金額 円 |
| | 介護サービスを受 けたとき | 保険者 番号 | 被保険者 番号 | 保険者 名称 |
| 振込先 | 金融機関名 | 〇〇 銀行・金庫 農協・信組 | 預金種別 | 普通 ・ 当座 |
| | | 〇〇 本店・支店・出張所 | 口座番号 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |
| | 口座名義 (カタカナ) | 三菱 タロウ | | 口座名義区分 被保険者(申請者) ・ 代理人 |
| 委任状 | 口座名義人が 代理人の場合 にご記入くだ さい。 代理人は、被 保険者とは別 の印を必ず押 印ください。 | 被保険者 (申請者) | 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。 令和 年 月 日 | |
| | | 代理人 (口座名義人) | 氏名 | (印) |
| | | | 住所 | (印) 被保険者との関係 () |
| 備考 | | | | |

受付年月日

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、備考欄へ記入してください。
(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。)

| | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------|----|-----------|----------------------|------|----------|--|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 | | | | | | | |
| | 労務に服さなかった期間 | 平・令 年 月 日から | 出勤 | 有給 | この期間に賃金を支給しました(します)か | □はい | | |
| | | 平・令 年 月 日から | 日 | 日 | | □いいえ | | |
| | 被保険者の給与の種類 | | 締日 | 日 | 支払日 | □当月 | 日 | |
| | 上記の期間中の報酬を全部または一部支給した(する場合) | 通勤手 | 日間 | | 円 | | | |
| | | | 日間 | | 円 | | | |
| | | 日間 | | 円 | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | 令和 年 月 日 | |
| 事業所住所 | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | Ⓜ | | 電話番号： () | | | | |

事業主の証明を受けてください

| | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-----------------|-----------------|---|---|----------|--|
| 療養を担当した医師が意見を記入するところ | 患者氏名 | | | | | | | |
| | 傷病名 | (1) | 療養の給付開始年月日(初診日) | (1) | 年 | 月 | 日 | |
| | | (2) | | (2) | 年 | 月 | 日 | |
| | | (3) | | (3) | 年 | 月 | 日 | |
| | 発病又は負傷年月日 | 平・令 年 月 日 | 発病又は負傷年月日 | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 平・令 年 月 日 | 労務不能と認められた期間 | 日 | | | | |
| | うち入院期間 | 平・令 年 月 日 | うち入院期間 | □治癒 □中止 □繰越 □転医 | | | | |
| | ・この期間中における「」 | | | | | | | |
| | 投薬：□あり（[月 日に 日分処方][月 日に 日分処方][月 日に 日分処方]） □なし 通院指導の有無：□あり（ 週間／ 回） □なし→その理由： | | | | | | | |
| | ・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 | | | | | | | |
| ・就労の見込みについて（A. 年 月頃から就労可能の見込み B. 現時点では不明） | | | | | | | | |
| 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき | | 記載内容について相違ありません。 | | | | | 令和 年 月 日 | |
| 人工透析の実施又は人工臓器を装着した日 | | 医療機関の所在地 | | | | | | |
| 平・令 年 月 日 | | 医療機関の名称 | | | | | | |
| 人工臓器等の種類 | | 医師の氏名 | | | | | | |
| □人工肛門 □人工関節 □人工骨頭 | | Ⓜ | | | | | | |
| □心臓ペースメーカー □人工透析 | | 電話番号： () | | | | | | |
| □その他 () | | | | | | | | |

医師の証明を受けてください