

健康保険 傷病手当金支給申請書(第 回)

被 保 険 者 の 申 請 書	① 健康保険被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)		② 事業所名		
	被保険者(申請者)の氏名及び生年月日		④住所 TEL ()		
	③ 氏名及び生年月日		⑤ 具体的な内容		
()	⑥ 傷病名		⑦ 発病または負傷年月日		⑧ 発病または負傷の 原因は ⑨ 1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
	⑨ 第三者の行為が原因で		⑩ 氏名		⑪ 住所 TEL ()
	⑫ 療養のため休んだ期間(申請期間)		⑬ 休んだ期間の報酬は		⑭ ⑬で「受けたる」と答えた場合は、その期間と報酬額
の 記 入 欄	⑮ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。「はい」または「請求中」の場合、受給の要因となる傷病名をご記入ください。		障害厚生年金 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 傷病名()		
	⑯ 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金・手当金額を記入してください。(「申請中」の場合は、基礎年金番号のみ記入)		基礎年金番号(障害厚生年金) 年金コード(障害厚生年金) 支給開始年月日 年金・手当金額		
	⑰ 資格喪失後、継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		
欄	⑱ 今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。「はい」または「請求中」と答えた場合、請求先の労働基準監督署名を記入してください。		請求先: () 労働基準監督署		

払渡希望金融機関名 《口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」に記入が必要です。》

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
(フリガナ)	(フリガナ)	普通当座 その他()		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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	令和 年 月 日	委任者との関係 ()	住所	代理人 電話 ()	氏名
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					

受付年月日

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

- 申請時は、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カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写
- ⑮⑰の給付を受給している方は、「年金証書及び裁定通知書の写し」及び「直近の(年金)振込通知書の写し」
- ⑱の給付を受給している方は、「休業(補償)給付支給決定通知書の写し」

主 の 証 明 欄	⑳ 労務に服できなかった期間		平成 令和 年 月 日から 日	平成 令和 年 月 日まで 日	日は出勤 日は有給	左の期間に報酬を支給しました(します)か	はい いいえ	職場復帰しましたか	ア. 欠勤中 イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日で退職
	㉑ 報酬支給形態		欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について			ア. 基本給及び諸手当とも控除する イ. 基本給は全額支給し、諸手当を控除する ウ. 基本給のみ控除し、諸手当を支給する エ. その他()			
㉒ 上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)の支払額等について、締切毎に記入してください。									
		基本給	役付手当	家族手当	通勤手当	手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円	円
支 給 額	月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
	月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
	月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
	月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
㉓ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日									
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()									

医 師 等 の 療 養 担 当 者 の 意 見 欄	㉔ 患者氏名									
	㉕ 傷病名		㉖ 診療開始年月日	1) 年 月 日	2) 年 月 日	3) 年 月 日	㉗ 発病または負傷の年月日	1) 年 月 日	2) 年 月 日	3) 年 月 日
	㉘ 労務不能と認められた期間		平成 令和 年 月 日から 日	平成 令和 年 月 日まで 日	㉙ 診療実日数		㉚ 発病または負傷の原因			
療 養 担 当 者 の 意 見 欄	㉛ 上記の期間のうち入院期間		平成 令和 年 月 日から 日	平成 令和 年 月 日まで 日	㉜ 転帰		治癒(月 日) 繰越 中止 転医			
	㉝ ・ 労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等									
・ 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										
就労可能見込年月日 年 月 日										
㉞ 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		昭・平・令 年 月 日						
		人工臓器等の種類		ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他()						
㉟ 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日										
		医療機関等所在地								
		医療機関等名称								
		医師氏名		電話 ()						

お願い 請求はなるべく1ヶ月ごとに行ってください。

記入するときの注意事項(添付書類を含む)

- 記入するときは、鉛筆を使用しないでください。
- 提出するときは、記入もれや訂正もれのないように注意してください。
- 支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

『被保険者(請求者)が記入するところ』

- ① あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号・番号を記入してください。
なお、被保険者が死亡した場合は相続人から請求することができます。この場合、③欄には請求者及び被保険者であった者の氏名を記入してください。また、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付してください。
- ④ 住所は番地等を忘れないように「〇〇方」「〇〇アパート」等まで記入してください。
- ⑤ あなたの仕事の内容(経理担当事務、仕上工、営業等)を記入してください。
すでに退職している場合は、退職の直前の仕事の内容を記入してください。
- ⑥ ⑦ ⑧ 労務不能の原因となった傷病名と発病又は負傷の年月日、原因を記入してください。
- ⑨ 第三者行為によるケガの場合は、健康保険組合に備え付けの「負傷届」等を添付してください。
- ⑫ 通算日数を間違えないようによく確かめて記入してください。
- ⑬ ⑭ 該当するものを○で囲み、休んだ期間に対して給料を受けた(る)ときは、給料を受けた期間と金額を記入してください。
- ⑮ ⑯ 傷病手当金と同じ病気で、障害厚生年金または障害手当金を受けているときは記入してください。
なお、障害厚生年金を受けているときは、障害厚生年金(同一の支給事由で障害基礎年金を受けているときは障害厚生年金と障害基礎年金)の年金証書の写し及び支払通知書の写しを添付してください。
また、障害手当金を受けた日以降で、傷病手当金の支給が停止された期間について、医師の意見、事業主の証明が必要な場合があります。
- ⑰ 老齢年金等を受けている方は基礎年金番号及び年金証書の年金コードを記入してください。
また、年金額が確認できる「年金証書の写し」または「改定通知書の写し」を添付してください。

『払渡希望金融機関名及び受取代理人の欄』

銀行等の預金口座に振込を希望するときは、希望の銀行等の名称、店名、預金口座番号、口座名義人の氏名を記入してください。ただし、被保険者(請求者)名義のものに限ります。(受領委任をするときは、受取代理人名義のものを記入してください。)

この給付金の受取を代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に、被保険者(請求者)及び受取代理人それぞれの住所、氏名等を記入してください。

『事業主が証明するところ』

- ⑳ 出勤簿等に基づき正しく記入してください。
期間中に出勤した日や有給休暇の日があれば、該当する日を「ただし」の部分に記入してください。
請求については、給料台帳・出勤簿(タイムカード)の写を添付してください。
- ㉑ 報酬支給形態及び欠勤した場合の報酬の支給方法は、該当するものを○で囲んでください。
報酬計算の締切日・支払日を記入してください。
- ㉒ 労務に服さなかった期間に係る給料の支給状況等について、次により記入してください。

「欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額欄」について

1. 日給制の場合は、基本給欄に日額を記入してください。
2. 通勤手当が数か月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支払月、対象期間、支給額を記入してください。
3. 表示以外の手当が月を単位として支給されている場合は、手当欄にその名称と支給額を記入してください。

「支給額欄について」

1. 各月の給料の締切ごとに区分して記入してください。
 2. 金額は当該期間に実際に支払った給料の額を記入してください。その際、超勤手当は除かれます。
- ㉓ 事業主の証明を行ってください。

『医師が意見を書くところ』

- ㉔ ~ ㉕ あなたが受診している医療機関の担当医師に記入してもらってください。
なお、医師または歯科医師の意見書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の住所、氏名等を記載したもの)を添付してください。

以上の内容でわからないことがありましたら、大阪自転車健康保険組合へおたずねください。