

常務理事	事務長		

健康保険 傷病手当金支給申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				届書 種別	受付年度		通番				グループ										
1	0	1		昭和 平成 令和	年	月	日	0	1	令和	※	年				※									
被保険者 (申請者)の 氏名と印				(フリガナ) ケンボ タロウ				被保険者の 資格を取得 した年月日	令 1 年 10 月 1 日		あなたの 事務的 な内容		經理担当事務												
被保険者 (申請者) の住所				(フリガナ) オオサカフ オオサカシ ミナトク ミナシオカ1-6-18 メゾンアンジュ111				大阪 都道 大阪府 大阪市港区南市岡1-6-18 メゾンアンジュ111		電話 6 (6616) 9999															
1) 鎖骨骨折				初 診 日	2	9	0	9	0	5	※	※	※	※	※	※									
2)					年	月	日	年	月	日	※	※	※	※	※										
3)					年	月	日	年	月	日	※	※	※	※	※										
発症時の状況を詳しく (負傷の場合は「負傷原因記 入欄」を記入してください。)				9月5日に私用で買い物に外出中、道路で転倒し、左肩を強打した				※前回記録 0:なし 1:あり		※請求日 年 月 日		※特別支給 コード		※回収											
療養のために休んだ期間 (申請期間)				平(令) 1 年 6 月 6 日 から				19 日間		自 年 月 日		至 年 月 日													
上記の療養のために休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。				<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない				<input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない																	
上段で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎 となった(なる)期間を記入してください。				平(令) 1 年 6 月 6 日 から				〇〇〇〇 円		平(令) 1 年 6 月 9 日 まで															
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちら を受給していますか。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中				<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金																	
上段で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記 入してください。								基礎年金番号		年金コード															
上段で、「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、年金額を記入してください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)								支給開始年月日		年金額		年 月 日		円											
資格喪失した方で、その後も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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中				基礎年金番号		年金コード															
上段で、「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、年金額を記入してください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)								支給開始年月日		年金額		年 月 日		円											
労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中				支給(請求)労働基準監督署名						労働基準監督署											
上記で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給 開始年月日、年金額を記入してください。																									
介護保険法のサービスを受 けたとき				保 険 者 番 号				被 保 険 者 番 号				保 険 者 名 称													
減額1				期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分	0:障害年金等以外 1:障害年金等							
減額2				期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分	0:障害年金等以外 1:障害年金等							
減額3				期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分	0:障害年金等以外 1:障害年金等							
不支給1				期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	不支給2	期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	103条 0:非該当	104条 0:非該当	108条 0:非該当
不支給3				期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	不支給4	期 間	自	年	月	日	至	年	月	日	1:該当	1:該当	1:該当
不支給理由				法定支給額				円				支給日数		日	支払方法		2:個人払い 3:その他								

振込希望口座	1 金融機関													
	金融機関コード			〇〇				銀行 金庫 信組		〇〇		店・本店 支店出張所		
	※							信連・信漁連 農協・漁協		本所・支所 本店・支店				
預金種別	1:普通	2:当座	3:別段	4:通知	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケンポ タロウ
														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される)場合に記入してください。

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代理人に委任します。 令和 年 月 日										
	被保険者住所名 (申請書) 氏名										
	(印)										
受取人情報	代理人の氏名と印	(フリガナ)				委任者と代理人との関係					
	代理人の住所	(〒 -)				電話		()			

負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する□に(☑)してください。)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[負傷日時・場所等]					[受診した医療機関]				
	1.いつケガ(負傷)をしましたか。					7.診療を受けた医療機関とその機関等				
	平・令 1年 6月 1日 (日曜日)					医療機関名 多根総合病院				
	□午前・☑午後 8時30分頃					平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒・□ 治癒中				
	2.ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。					医療機関名				
	□出勤日・☑休日(定休日・休暇含む)					平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒・□ 治癒中				
	□その他()					8.負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。				
	3.ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。					日曜日に買い物に出かけ、駅からデパートへ向かう途中に転倒し、左肩を強打した。				
	□勤務時間中・□通勤時間中(□出勤・□退勤)									
	□出張中・☑私用・□その他()									
4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。										
□会社内・☑道路上・□自宅										
□その他()										
5.ケガをした原因で次にあてはまる場所がありますか。					9.被保険者が代表取締役等役員の方の場合					
□交通事故・□暴力(ケンカ)					労災保険に特別加入していますか。□ 加入有・□ 加入無					
□スポーツ中(□職場の行事・□職場の行事以外)										
□動物による負傷(飼い主 □有・□無)										
☑あてはまらない										
6.「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。										
相手 □有 → { □あなたは被害者 □無 { □あなたは加害者										
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。										

令和 年 月 日提出

受付日付印

