

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

平成 28 年 5 月 10 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 1	被保険者資格取得日	平成 26 年 04 月 10 日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 年 月 日	
	被保険者(請求者)氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 健保		被保険者(請求者)住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1		
	生年月日	昭和・平成 47 年 10 月 12 日			電話	044 (123) 4567	
	事業所名及び電話	GEジャパン株式会社 電話 03 (1234) 5678			社員番号	123456789	
	傷病名	右足複雑骨折			発病又は負傷年月日	平成 28 年 03 月 25 日	
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく	旅行先でトレッキング中に、木の根に足を挟んだ			第三者の行為によるものですか	いいえ・はい	
	傷病又は負傷で療養するため休んだ期間	平成 28 年 3 月 26 日 から 平成 28 年 4 月 30 日 まで 36 日間					
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・ 受けない		将来	受けられる・ 受けられない	
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の日分として 円				
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有・ 無 ・請求中		基礎年金番号	—		
受給病名			障害厚生年金・手当金の額	円			
任意継続被保険者・資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無	有・無・請求中		年金コード又は記号番号もしくは番号	年金額		
					円		
					円		
無職無収入の証明		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間 無職無収入でありました。			

退職日後に係る申請の場合
はご記入ください。

支払金融機関	銀行	本店
	支店番号	口座番号
	普通・当座	
名義人(被保険者)	フリガナ	

受付日付印

※給与振込第 1 口座以外への送金をご希望の方は、お口座をご記入ください。

組合使用欄	<input type="checkbox"/> 12月間以上	被保険者	平均標準報酬月額	千円	健保組合	平均標準報酬月額	千円	支給日額	() 円 × 2/3
	<input type="checkbox"/> 12月間未満		1/30相当額	円		1/30相当額	円		円
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間						支給日数	日
支給額	支給日額 () 円 × 支給日数 () 日間 = () 円							支給額	円

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

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	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)
		②一部支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)
		③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日	
所在地				
事業主 名称				
氏名		⑩		
電話				

事業主の証明欄

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成 年 月 日			
	療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要				
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が 場 合 は そ の 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	入 院 の 費 用 の 別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日			
所 在 地					
医 師 医 療 機 関 名					
氏 名		⑩			
電 話					

医師の証明欄