

健康保険傷病手当金支給申請書(第 回)

届書コード
3 0 5

被保険者等記号・番号		③被保険者生年月日		④資格取得年月日		⑤資格喪失年月日	
①		昭 年 月 日		昭 年 月 日		令 年 月 日	
被保険者資格等をご確認のうえ正しくご記入ください							
⑥被保険者(申請者氏名) (フリガナ) オオサカ タロウ 大阪 太郎				⑦事業所名称 〇〇電気工事株式会社		法人の役員ですか いいえ はい	
(相続人からの請求の場合・被保険者氏名:)				被保険者の業務の種類(退職している場合は在職中の業務の種類) 電気工士			
⑧被保険者(申請者)住所・電話番号							
郵便番号		* * * -		大阪府〇〇〇市△△△町1-1-1		電話 **(***)****	
傷病名		⑨ 脳腫瘍		初診日		⑩ 年 月 日 0 3 0 7 0 1	
⑪ 発病の原因 (負傷の場合は負傷届に記入してください)		健診にて判明、発病の原因は不明		第三者行為によるものですか いいえ はい (「はい」の場合は別紙届出用紙も必要です)			
⑫ 療養のために休んだ期間 (申請期間)		令和 3年 7月 1日 から 令和 3年 7月 31日 まで 31日間		左に書いた期間中に報酬を受けましたか		・全部受けた・全部受けられる 一部受けた ・一部受けられる ・受けられない	
⑬ ⑫の期間中、出勤、有給がある場合		出勤日 計 1日		有給日		計 6日	
⑭ 報酬の支払を受けた(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		令和 3年 7月 1日 から 令和 3年 7月 31日 まで		の分として		117,500 円 ※諸手当は控除していないため全額支給	
⑮ 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	
⑯ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		基礎年金番号			
いいえ ・請求中・はい							
※資格喪失者及び任意継続被保険者の方		⑰ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ・請求中・はい			
		年金コード又は記号番号もしくは番号		円 円		合計 円	

振込口座	銀行等に振込みを希望する場合	口座預金種別	預金口座名義人氏名
	銀行 金組 農協	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	
勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任口座」を記入してください。			

※在職中の方へ
↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。
↓ 受取代理人欄に記入してください。

受取代理人欄	本請求に基づき給付金の受領に関する代理人に委任する代理人氏名	代理人氏名	被保険者(申請者)との関係
	被保険者(申請者)	被保険者の住所氏名を記載してください	
	住所 氏名		勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任者」をご記入ください。
		電話 ()	

上記委任欄は現在お勤め中の方のみご記入ください。
退職者、及び任意継続被保険者の方は必要ありません。

社会保険労務士氏名

退職後、傷病手当金を支給される方が老齢厚生年金等を受けられる場合、傷病手当金は支払調整されます。

※初回請求時は請求期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿(賃金台帳(共に写し)を送付)してください

必要事項を記入し、

こちらは記入例です。就業規則、出勤簿に基づいて正しく記入してください。

①療養のために休んだ期		令和3年7月1日から	31日間	<input checked="" type="checkbox"/> 欠勤中 <input type="checkbox"/> 月 日から出勤 <input type="checkbox"/> 月 日付で退職	<input type="checkbox"/> 全部支給した <input type="checkbox"/> 全部支給する <input checked="" type="checkbox"/> 一部支給した <input type="checkbox"/> 一部支給する <input type="checkbox"/> 支給しない			
④報酬の支給形態		⑤報酬の締切日・支払日		⑥欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)				
<input type="checkbox"/> 月給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 (締切日)		(支払日)		●基本給は <input type="checkbox"/> 控除しない <input checked="" type="checkbox"/> 控除する(欠勤1日につき月額の20分の1を控除する)				
<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		●諸手当は <input checked="" type="checkbox"/> 控除しない <input type="checkbox"/> 控除する(欠勤1日につき)				
<input type="checkbox"/> その他()		末日締 末日払		●その他(諸手当は1ヶ月のうち出勤が0のときは支給しない)				
⑦勤務実態について		各月の稼働日数						
請求期間中の勤務実態について、下記の要領で右表に印をつけてください。		7月 20日						
出勤…○、有給…△、欠勤…×、公休…/		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						
⑧労務に服さなかった期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください								
		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	資格手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		300,000 円	5,000 円	円	5,000 円	2,500 円	円	円
事業主が証明するところ	7月分	3年7月1日から	7/1~7/31	/ ~ /	7/1~7/31	7/1~7/31	/ ~ /	/ ~ /
	7月分	3年7月31日まで	105,000 円	5,000 円	円	5,000 円	2,500 円	円
	7月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	7月分	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円
うえのとおり相違ありません。		事業所所在地		お勤めの事業所で証明を受けてください。				
年 月 日		事業所名称		電話 ()				
年 月 日		事業主氏名						

傷病名	①	療養の給付	①	年 月 日
	②	開始年月日	②	年 月 日
	③	(初診日)	③	年 月 日
疾病または負傷の年月日	年 月 日	発病負傷	疾病または負傷の原因	
労務不能と認められた期間	年 月 日から	日間	就業可能見込	年 月 日頃から可能・不明
労務不能期間のうち入院期間			申請期間中にかかった医療機関等で証明を受けてください。	公費() その他
診療実日数	診療日を○で囲んでください	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	
		手術年月日	年 月 日	退院年月日 年 月 日
○労務不能期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく)				
○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・人工臓器等を装着している場合、障害年金を受給できる可能性があります。 ・障害年金を受給しているときは、傷病手当金との調整が必要となりますので、障害年金額のわかる裁定通知等のコピーをご提出ください。				
人工透析を実施又は人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器等を装着したとき	昭和・平成・令和	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。医療機関所在地				
年 月 日		医療機関名称		電話 ()
		医師氏名		

※所在地・名称はゴム印でお願いします