

| | | | |
|---------|--------|---|----|
| 健保組合記入欄 | 決定額 | 円 | |
| | 支給期間 | 年 月 日から | 日間 |
| | | 年 月 日まで | |
| | 差額調整日数 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日間) | |
| | 不支給期間 | <input type="checkbox"/> 報酬有【出勤・有給・他】 (日間) | |
| | | <input type="checkbox"/> その他() | |
| 標準報酬 | 日額 | 円 | |
| 備考 | | | |

| | | | | |
|------|-------|---|---|---|
| 資格取得 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 資格喪失 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 支給 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | | |
| | | | | |

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--------------------------------|--|---------------|
| 被保険者が記入する欄 | ① 被保険者証の記号・番号 | 記号 番号 | ② 被保険者の氏名(自署) | (フリガナ) 男 女 | 区分 | <input type="checkbox"/> 在職者 <input type="checkbox"/> 退職者 | |
| | ③ 被保険者の現住所等 | 〒 ※都道府県名から記入 電話番号 (— —) | | | | | |
| | ④ 事業所名称及び支店名 | | | ⑤ 従事する業務の内容 | | | |
| | ⑥ 傷病名 | | | ⑦ 第三者行為による負傷ですか | はい ・ いいえ (はいのときは別途「傷病届」を提出) | | |
| | ⑧ 発病(負傷)の年月日及び原因 | (いつ) 年 月 日 / 午前・午後 時 分頃 | | | | | |
| | | (どこで何をしていた) | | | | | |
| | | | (どうなった) | | | | |
| | 【傷病の経過】 | | 治癒 ・ 治療中 (入院 ・ 通院) | | | | |
| | ⑨ 療養のために休んだ期間(請求期間) | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 | | | | | |
| | ⑩ ⑨期間中の報酬の支払い及び⑨期間中の勤務状況 | 報酬 | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける | <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受けない | 退職給の支給 | 有 ・ 無 | 出勤日数(有休含む) 日間 |
| | ⑪ 年金等の受給について ※受けている又は請求中のときは、種別等を記入 | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受けている | | 種別 | 障害年金・障害手当金・老齢年金・その他() | | |
| | | 受給要因の傷病名 | 受給額 | | | | |
| | | 基礎年金番号 | 受給開始日 | | | | |
| 委任欄 | 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署) | | | | | | |
| 退職者記入欄 | ※被保険者が「退職している(任意継続含む)」場合に記入。《名義は被保険者に限る》 | | | | | | |
| | 金融機関名 | 銀行 組合 金庫 農協 | 支店名 | 本店 出張所 支店 | | | |
| | 口座番号 | | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | | | |
| 療養担当医師の意見欄 | 傷病名 | | | 発病又は負傷の原因 | | | |
| | 発病又は負傷日 | 令和 年 月 日 | 療養給付開始日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 年 月 日 から | 日間 | 期間中の診療実日数 | 日間 | | |
| | | 令和 年 月 日 まで | | 診療最終日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 傷病の主症状及び経過概要 (できるだけ詳細にご記入ください) ※診療実日数が0日の時はその理由も。 | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名 (Tel: — —) | | | | | 受付印 | | |