

# 傷病手当金・傷病手当金付加金支給申請書（第 1 回）

(その1)

健保組合使用欄 ※この欄は記入しないで下さい。											
支 給 額					支給決定年月日		平成 年 月 日				
4 4	傷病手当金	日	円		常務理事	事務局長	課 長	担当者			
6 4	傷病手当金付加金	日	円								
支 給 額 計			円								
支 給 計 算 内 訳						標 準 報 酬 月 額					
区分	標準報酬月額	支給日額	日数	支給金額			但し 月1日から				
傷病手当金	(改定前)	円	日	円			千円 千円				
		円	日	円	資格取得年月日	平成 年 月 日					
傷病手当金付加金	(改定後)	円	日	円	資格喪失年月日	平成 年 月 日					
		円	日	円	支給開始年月日	平成 年 月 日					
前回支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで				支給期間満了日	平成 年 月 日					
待期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 3日間				診療開始年月日	平成 年 月 日					
支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間				備考						
不支給	区分	全部	期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間							
	理由										

※被保険者が記入して下さい。

被保険者記入欄											
被保険者証記号、番号	記号	番号	被保険者氏名、性別、生年月日	氏名 健保 太郎							
	123	456		(男・女) (昭和) 平成 45 年 1 月 1 日生)							
傷病名	胃潰瘍			発病又は負傷の原因	不明						
傷病手当金請求期間	平成 24 年 4 月 3 日から 5 日間 平成 24 年 4 月 7 日まで			業務の種別	ケガのときは「負傷原因報告書」を添付して下さい。既に提出済の場合は、右の提出済の文字を○で囲んで下さい。 提出済						
介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号			高齢厚生年金、障害年金、障害手当金を受けている場合	種別	高齢厚生年金・障害年金・障害手当金					
	被保険者番号				金額	円	開始日	年 月 日			
	保険者名称				傷病名			記番号			
上記の通り傷病手当金、傷病手当金付加金を請求します。											
平成 24 年 4 月 30 日											
住金関係会社健康保険組合理事長殿				被保険者氏名 健保 太郎 (印)							

(注) 高齢厚生年金を受けているときは「高齢厚生年金改定通知書」を、障害年金を受けているときは「障害年金証書」及び「直金の年金改定通知書」を、障害手当金を受けているときは「障害手当金支給決定通知書(写)」を添付して下さい。

※事業主に証明してもらって下さい

<b>事業主の証明欄</b>		(注) 事業主の証明欄は、出勤簿(又はタイムカード)、賃金台帳などと照合して正確に記入して下さい。			
被保険者証 記号、番号	記号 123	番号 456	被保険者氏名	健保 太郎	

労務に服さなかった日 (該当日を○で囲む)					
24年4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	計 5 日	年 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	計 日
年 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	計 日	年 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	計 日

上記期間の内容	種別	下記に該当する日を記入して下さい。	日数	報酬関係 労務不能中の 給与支給額 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円支払 (日額 円×日分) (月 日支払) 支給形態 月給・日給月給(欠勤日数分減額)・日給・その他 傷病治癒後の 出勤日 平成 年 月 日より 給与 締切 毎月 日
	有給休暇		日	
	振休、代休		日	
	その他		日	
	無給対象休日	公休日	日	
	その他	日		
	出勤した日		日	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 ○○年 ○○月 ○○日 事業所所在地 ○○市××区△△ 事業所名称 ○○○○○○ 事業主の役職名・氏名 ○○○○

給付金の受領委任欄	この給付金の受領を (役職名) (氏名) ○○○○ ○○ ○○ に委任します。	平成 24年 4月 30日 被保険者氏名 健保 太郎
-----------	---	----------------------------------

※医師に証明してもらって下さい

<b>療養を担当した医師の意見欄</b>			
傷病名	発病、負傷の原因	労務不能と認められた期間	平成 24年 4月 3日 から 5日間 平成 24年 4月 7日 まで (上記期間中の診療実日数 1日間)
① 胃潰瘍 (診療開始年月日 平成 24年 4月 3日) (発病年月日 平成 24年 4月 3日)	不明		
② (診療開始年月日 平成 年 月 日) (発病年月日 平成 年 月 日)		上記期間中の 入院日数	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで
転帰	治癒・繰越 転医・中止	手術名	手術実施年月日 平成 年 月 日 医療費負担区分 (健保) 自費・公費

主症状	胸やけ、胃痛	経過	良好
-----	--------	----	----

平成 ○○年 ○○月 ○○日	病(医)院の所在地及び名称 ○○市××区△△ ○○○○○	TEL ○○-○○○-○○○
----------------	------------------------------------	-------------------