

傷病手当金・傷病手当金付加金支給申請書（第 回）

健保組合使用欄

(その1)

支 給 額				支給決定年月日		令和 年 月 日				
4 4	傷病手当金	日	円	常務理事	事務長	参事補	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	標準報酬日額	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			
	(改定後)	円	日	円	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
傷病手当金付加金	(改定前)	円	日	円	資格喪失年月日	平成 令和	年	月	日	
	(改定後)	円	日	円	支給開始年月日	平成 令和	年	月	日	
前回支給期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	支給期間満了日	平成 令和	年 月 日			
待期期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	3日間	診療開始年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
支給期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間	備考				
不支給	区分	全部 一部	期間	平成 令和		年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間	
	理由									

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 (男・女) (昭和・平成 年 月 日生)						
傷 病 名				発病又は負傷の原因						
傷病手当金 請求期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	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		老齢厚生年金、 障害年金、障害 手当金を受けて いる場合	種別	老齢厚生年金・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。										
令和 年 月 日										
S K健康保険組合理事長殿					被保険者氏名 ㊞					

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

傷病手当金・傷病手当金付加金支給申請書

(その2)

事業主の証明欄		(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	番号	被保険者氏名		

労務に服さなかった日(該当日を○で囲む)

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	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 令和	年 月 日から	の 日分	
	有給休暇		日		給与支給額	平成 令和	年 月 日まで		
	振替、代休		日		支給形態	円支払 (日額 円× 日分) (月 日支払)			
	その他		日		傷病治癒後の 出勤日	平成 令和	年 月 日	より 出勤	給与 締切
	無給対象休日		日		上記の通り相違ないことを証明します。				
公休日		日	令和 年 月 日						
その他		日	事業所所在地						
出勤した日		日	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)	令和 年 月 日
		被保険者氏名
	に委任します。	

療養を担当した医師の意見欄

病名	発病、負傷の原因	労務不能と 認められた期間	平成 令和	年 月 日から	日間
①			平成 令和	年 月 日まで	
(診療開始年月日 平成・令和 年 月 日)			(上記期間中の診療実日数 日間)		
(発病年月日 平成・令和 年 月 日)					
②		上記期間中 の入院日数	平成 令和	年 月 日から	日間
(診療開始年月日 平成・令和 年 月 日)			平成 令和	年 月 日まで	
(発病年月日 平成・令和 年 月 日)					
転帰	治療・繰越 転医・中止	手術名	手術実施 年月日	平成 令和	年 月 日
				医療費負 担区分	健保・自費・公費

主症状	経過
-----	----

令和 年 月 日 病(医)院の所在地及び名称	TEL
医師氏名	⑩ _____