

傷病手当金支給申請に伴う同意書

神奈川運輸業健康保険組合理事長 殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・傷病手当金等の保険給付記録・各種年金の受給状況・医師の見解等の照会を行うことに同意いたします。

※関係機関とは、中間サーバーの個人情報・以前加入されていた健康保険組合・協会けんぽ・日本年金機構・受診中または受診されていた医療機関等を指します。

令和 年 月 日

保険証 記号-番号

—

氏名（自書）

住 所

被保険者(申請者)記入用①

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 情 報	記号	番号	事業所名	
	氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒 -		
	電話番号	()		
	<input type="checkbox"/> 本申請をもって請求します。			
◎ 在籍中の保険給付金受領は、事業所が定めた受領責任者になります。 本申請に基づく保険給付金は、下記受領責任者に委任します。				
受 領 委 任	令和 年 月 日	受領責任者氏名 (印)		

◎ 喪失後の継続保険給付金の振込は、個人の口座になります。
 尚、「□前回と同じ」に☑チェックがあれば下記の記入は不要です。

振 込 指 定 口 座	機関名	銀行	支店
	口座番号	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座名義	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 前回と同じ

「被保険者(申請者)記入用②」に続きます。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

申請内容	1. 傷病名	1)			2. 発病 又は 負傷 年月日	年	月	日				
		2)				年	月	日				
		3)				年	月	日				
	3. 発病又は 負傷の原因	負傷(ケガ)の場合、理由書を添付してください。			第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者による負傷は 別紙届出が必要です。						
	4. 療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	日間					
	令和	年	月	日	まで							
5. あなたの職種(仕事の内容を具体的に)												
確認事項	6. 今回の請求期間 (「4.」に記載した申請期間) に報酬を受けましたか？		年		月	日	～	年	月	日		
			の分として	金額						円		
			<input type="checkbox"/> 支給された(される)		<input type="checkbox"/> カットされた(される)							
	7. 公的年金受給者及びその資格の有無	「障害厚生年金」又は 「障害手当金」の受給を していますか？		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金の受給(受給予定) <input type="checkbox"/> 障害手当金の受給(受給予定)								
				該当傷病名								
				基礎年金 番号				年金 コード				
				年		月	日	から受給(受給予定)				
				年金額(年額)								
資格喪失後 及び 任意継続受給者	老齢 退職年金等	<input type="checkbox"/> 受診資格無し										
		<input type="checkbox"/> 受診中	基礎年金 番号				年金 コード					
			年		月	日	～受給(受給予定)					
<input type="checkbox"/> 手続き中	年金額(年額)											
	8. 介護保険の 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			

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者氏名

職種

◎ 請求書毎に、請求期間に該当する「出勤簿(タイムカード)」と「賃金台帳(給与明細書)」の写しを添付して下さい。

療養のため
休んだ期間

令和 年 月 日 から
令和 年 月 日 まで

日間

上記期間の内訳

勤務状況 : 【有給休暇は△】、【公休は⊗】、【欠勤は○】、【出勤は出】で表示して下さい。

令和 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
出勤 日																															
有給 日																															
令和 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
出勤 日																															
有給 日																															
令和 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
出勤 日																															
有給 日																															

事業主が証明する欄

賃金形態

- 月給
- 時間給
- 日給
- 歩合給
- 日給月給
- その他

賃金計算

締切日
支払日

- 毎月 日締切
- 当月 日支払
- 翌月 日支払

現物給与
(住居)

- 寮 社宅
- 広さ 畳分
- 寮は 人部屋

◎ 今回証明の期間で、欠勤控除しない固定賃金(手当等)がありましたら下記にご記入ください。

期 間	種 類	基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当	手当	合計	日額・ $\frac{1}{30}$
											@
月	日から										@
月	日まで										@
月	日から										@
月	日まで										@
月	日から										@
月	日まで										@

現在までも又将来も支給しない場合はその旨

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名 称

事業主 氏 名

電 話

健康保険 傷病手当金 支給申請書

患者氏名

傷病名

療養の給付を開始した年月日(初診日)

1)

平成 年 月 日
令和

2)

平成 年 月 日
令和

3)

平成 年 月 日
令和

療養費用の別

健保 公費 ()
 自費 その他

転帰

治癒 中止
 繰越 転医

発病又は負傷年月日

平成 年 月 日
令和

発病又は
負傷の原因

死亡した場合はその日付け

令和 年 月 日

労務不能期間

令和 年 月 日 から 日間
令和 年 月 日 まで

うち、入院期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間

◎診療した日を○で囲んで下さい。

実日数

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

日間

手術名

手術
年月日

令和 年 月 日

備考

「傷病の主症状及び経過概要」を詳しくご記入ください。

概要及び意見

この証明期間に対して「労務不能と認めるに至った医学的所見」をお教えてください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 所在地 〒 -

医 師 名 称
氏 名

電 話