

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

事業所記号		被保険者整理番号	
氏名(自書)			
住 所			

1

2

3

4

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	事業所 記号		被保険者 整理番号		事業所名		
	氏名				生年月日	○ 昭和 年 月 日 ○ 平成	
	住所	〒 -					TEL - -
	請求	<input type="checkbox"/> 本申請をもって請求します。					
	受領 委任	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">受領責任者氏名</td> <td style="width: 70%; text-align: right;">⑩</td> </tr> </table> <p>※ 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。</p>					受領責任者氏名
受領責任者氏名	⑩						

喪失後の継続保険給付金振込先情報

◎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。「□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	金融 機関名	銀行 支店	口座 番号 (左づめ)				
	口座名義	(フリガナ)	種別	普通預金	振込先	<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	傷病名	1		発病 又は 負傷 年月日	1	年	月	日	
		2			2	年	月	日	
		3			3	年	月	日	
	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				
					※第三者による負傷は別紙届出が必要です。 ○ はい ○ いいえ				
※療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間								
あなたの職種 (仕事の内容を 具体的に)									

確認事項	今回 請求期間	年 月 日 から 年 月 日分								
	申請期間中 (※)の報酬	円 ○ 支給された(される) ○ カットされた(される)								
	公的年金受給者およびその資格の有無									
	「障害厚生年金」 又は 「障害手当金」	○ 障害厚生年金の受給(受給予定) ○ 障害手当金の受給(受給予定)								
		年 月 日から受給(受給予定)				年金額(年額)				円
		該当傷病名								
		基礎年金番号	-					年金コード		
	資格喪失後および任意継続者									
	老齢年金等	○ 受給資格無し ○ 受給中 ○ 手続き中								
		年 月 日から受給(受給予定)				年金額(年額)				円
基礎年金番号		-					年金コード			
労災補償	今回の申請期間において、別傷病により労災保険から休業補償給付を受給していますか									
	○ はい ○ 請求中(労働基準監督署) ○ いいえ									

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																															
賃金形態	○ 月給 ○ 時間給		賃 金 計 算	締切日	毎月 日締切		現物給与 (住居)	○ 寮 ○ 社宅																							
	○ 日給 ○ 歩合給			支払日	○ 当月 日支払			○ 寮は 人部屋																							
	○ 日給月給 ○ その他							広さ 畳分																							
◎ 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	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																															

事業主記入欄	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	〒 - -	TEL - -
事業所名		
事業主氏名		

療養担当者記入用

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
○令和

年

月

日

2

○平成
○令和

年

月

日

3

○平成
○令和

年

月

日

療養費用

○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

死亡年月日

令和

年

月

日

発病又は
負傷の原因労務不能
期間

令和

年

月

日から

令和

年

月

日まで

日間

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。

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

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

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

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

実日数

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

〒

-

所在地

TEL

-

-

名称

医師名

医療担当者が意見(証明)を記入する欄

医療機関欄