

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	
請求者氏名 (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		
	(フリガナ) 氏 名				生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住 所	〒 - TEL - -					
	請 求	本申請をもって請求します。					
	受 領 委 任	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。 令和 年 月 日 受領責任者氏名 印 ※ 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。					

※被保険者死亡の場合にご記入ください。

請 求 者	(フリガナ) 氏 名		続 柄		住 所	
-------------	---------------	--	--------	--	--------	--

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 信金 信組	本店 支店 出張所	口座 番号 (左づめ)			
	(フリガナ) 口座名義			種別	普通預金	振込先	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

										1	2	3	4	
										被保険者(申請者)記入用②				
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	平成	年	月	日
		2								2	平成	年	月	日
		3								3	平成	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。 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	令和 年 月 日 から 令和 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)							
		平成 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			
		平成 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

事業主が証明する欄

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 寮 社宅

日給 歩合給 支払日 当月 日支払 現物給与(住居) 広さ 畳分

日給月給 その他 翌月 日支払 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。

種 類

期 間

基本給

手当

手当

手当

手当

手当

手当

手当

合計

日額・
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

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

医療 担当 者が 意見 (証明) を記入 する欄	患者氏名																																																		
	1	傷病名															療養の給付を開始した年月日(初診日)																																		
		平成 令和 年 月 日															平成 令和 年 月 日																																		
		平成 令和 年 月 日															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 令和 年 月 日															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。																																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	日間																	
	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																		
	手術名																	手術 年月日		令和 年 月 日															備考																
	概要 及び 意見		「傷病の主症状及び経過概要」を詳しくご記入ください。																																																
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。																																																			
医療 機関 欄		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																																																			