

健康保険 傷病手当金支給申請書

(1/2)

1 回目

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 1	番号 1 2 3 4	生年月日	昭和 平成	4 7 1 0 1 2	資格取得年月日	平成 令和	2 2 1 1 0 1	
	被保険者氏名	ケンポ タロウ		健保 太郎						
	傷病名	右足複雑骨折		発病または負傷年月日	平成 令和	2 2 1 1 0 3				
	発病または負傷の原因	詳しい負傷原因等をご記入ください。 フットサル中にゴール直前でジャンプし、着地に失敗したため。						第三者行為によるものですか	1. いいえ 2. はい	
	各種年金・障害手当金受給の有無	1. なし 2. あり 3. 請求中	種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金	受給金額	年額	受給対象の傷病名	受給開始年月日	平成・令和 年 月 日	
	傷病または負傷で療養するための休んだ期間	令和 1 年 11 月 4 日 から		27 日間		令和 1 年 11 月 30 日 まで				
	被保険者振込先	三菱UFJ 銀行 港 支店		普通当座	No. 1 2 3 4 5 6 7					
		口座名義 (カナ)		ケンポ タロウ						
	無職無収入の証明	※資格喪失後の方、任意継続被保険者は、無職無収入証明を記入してください。								
		令和 年 月 日 から		日間 無職無収入でした。						令和 年 月 日 まで

上記のとおり申請します。

令和 1 年 12 月 1 日

〒106-0000
住 所 東京都港区中央1-2-3

被保険者 電 話 03 (1 2 3 4) 5 6 7 8

氏 名 健保 太郎

アボット健康保険組合理事長 殿

◎継続的に休職している場合は、1ヶ月毎に申請をしてください。

◎障害年金・障害手当金・老齢年金等を受けている方は、受給資格者証及び直近の年金通知書等の写しを添付してください。

受付日付印

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業所が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から	日間		
			令和 年 月 日 まで			
	上記期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合または支給する場合		令和 年 月 日 から		円
				令和 年 月 日 まで		
②一部支給した場合または支給する場合					円	
③現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨		令和 年 月 日 まで		の報酬は、現在も将来も支給しません。		
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						
事業所名称						
事業主氏名 印						
電話						

事業所の証明欄

療養を担当した医師が証明するところ	傷病名					発病または負傷の原因						
	発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日	療養の給付開始年月日	平成 令和	年	月	日		
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日 から	日間	左の期間中の診療実日数		日間					
			令和 年 月 日 まで									
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間		令	日間	入院の費用の別	健 保 費 自 費 その他						
			令									
	傷病の主状態及び経過概要											
		治療見込期間	年	ヵ月位	復職見込	令和 年 月頃	不可					
上記のとおり相違ありません。												
令和 年 月 日												
医療機関名												
所在地												
氏 名 印												

医師の証明欄