

健康保険 傷病手当金支給申請書

(1/2)

回目

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険の 記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日			
	被保険者 氏名	フカナ													
	傷病名								発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日		
	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。							労災給付の受 給状況の確認	1. 受給していない 2. 受給している 3. 申請中である			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	円			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 休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間 連続した期間ではない場合、上記に【開始日・終了日・合計日数】を記載し、該当日に丸を付けてください。 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													
	被保険者 振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。													
		銀行			支店			普通 当座			No.				
		口座名義 (カナ)													
	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 年 月 日 〒 住所 被保険者 電話 () 氏名 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。

【事業主記載欄】

本人押印・署名省略にあたり、訂正箇所について被保険者に確認しました。

受付日付印

労務に服さなかった期間（出勤は○、有給は△、欠勤は×、公休は公で記載してください） ※出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です																															
令年月	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
令年月	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
令年月	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
労務に服さなかった期間における報酬の支払い状況																															
<input type="checkbox"/> 支給しない															<input type="checkbox"/> 全部または一部支給した（する） 下記に記入してください																
上記の期間にかかる分として支払った報酬																												備考（計算方法等）			
基本給	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで _____ 円																														
通勤手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで _____ 円																														
手当	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで _____ 円																														
	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで _____ 円																														
	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで _____ 円																														
計	_____ 円																														
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 電話																															

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 日から令和 年 月 日まで _____ 日間 連続した期間ではない場合、上記記載の上、該当日に丸を付けてください。 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															左の期間中の診療実日数	日間														
上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで _____ 日間															入院の費用の別	健保 公費 自費 その他														
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																															