

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	被保険者証の記号番号		記号		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		
			番号													
	被保険者氏名		フリガナ													
	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	受給 対象の 傷病名		円	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		日間										令和 年 月 日 まで	
	<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。) <small>※口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>															
	被保険者 振込先		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  |  |  |
|                                                                     |                          | ②一部支給した場合または支給する場合 | 令和 年 月 日 から          | 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 から        | の分の報酬は、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。<br>令和 年 月 日<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話 話 |                          |                    |                      |    |  |  |

|                                                   |                        |             |       |   |   |            |             |                            |   |   |  |
|---------------------------------------------------|------------------------|-------------|-------|---|---|------------|-------------|----------------------------|---|---|--|
| 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<br>令和    | 年     | 月 | 日 | 療養の給付開始年月日 | 平成<br>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                         |   |   |  |
|                                                   | 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 |       |   |   | 日間         | 入院の費用の別     | 健 保 費<br>公 費<br>自 費<br>その他 |   |   |  |
|                                                   | 傷病の主状態及び経過概要           |             |       |   |   |            |             |                            |   |   |  |
|                                                   |                        | 治療見込期間      | 年 ッ月位 |   |   |            | 復職見込        | 令和 年 月頃                    |   |   |  |
| 上記のとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>氏 名 |                        |             |       |   |   |            |             |                            |   |   |  |