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

健康保険の記号番号	記号 1 番号 1234	生年月日	昭和・平成 4年7月10日12日	資格取得年月日	平成・令和 22年11月01日
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 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 22年11月03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。 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。	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 1 年 11 月 4 日から令和 1 年 11 月 26 日まで 6 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	□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☑　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。 三菱ＵＦＪ　銀行　港　支店　普通・当座　No. 1234567 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 令和　年　月　日　まで　日間　無職無収入でした。				

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　（　1234　）　5678

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。

【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

本人が記載した事項に誤りがあり事業所で
確認・訂正した場合、チェックを入れてください

※労務に服さなかった期間の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

事業所の証明欄
（被保険者は記入しないでください）

労務に服さなかった期間 （出勤は〇、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1 年11月	公	公	3	×	×	×	×	公	公	10	11	12	13	14	公	公	17	18	19	20	21	公	公	24	25	×	×	27	28	公	公	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													13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

た期間における報酬の支払い状況

□支給しない　　☑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 1 年 11月 1 日から令和 1 年 11 月 30 日まで 140,000 円	200,000×14/20 ＝140,000
通勤手当	令和 1 年 11月 1 日から令和 1 年 11 月 30 日まで 20,000 円	30日分として全額支給
住宅 手当	令和 1 年 11月 1 日から令和 1 年 11 月 30 日まで 20,000 円	30日分として全額支給
	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	180,000 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

療養を担当した医師が証明するところ

医師の証明欄
（被保険者は記入しないでください）

傷 病		発病または負傷の原因	
発病または負傷年月日	令和	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