

健康保険 傷病手当金支給申請書

(1/2)

1 回目

被保険者証の記号番号	記号	1		年	月	日	年	月	日					
	番号	1 2 3 4		4	7	1	0	1	2	2	2	1	1	0
被保険者氏名	フリガナ	ケンポ タロウ												
	氏名	健保 太郎												
傷病名	右足複雑骨折													
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。													
発病または負傷の年月日	平成 令和 2 2 1 1 0 3													
発病または負傷の原因	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	円													
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 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	<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。													
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。

【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	事業所の証明欄
		令和 年 月 日 まで		
	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
		まで		
上記期間中の分として支払う報酬関係	②一部支給した場合	令和 年 月 日 から		円
	支給する場合	まで		
	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。
		令和 年 月 日 まで		
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 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 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	令和 年 月 日 から	日間	入院の費用の別	日間	令和 年 月 日 まで				健保費 公費 その他
	傷病の主状態及び経過概要	医師の証明欄								
		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										