

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 号 被 記 号 - 番 号	-		被 保 険 者 (フリガナ) (申請者) 名 氏			
	被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 - 電話 ( )					
	療 養 の た め 休 ん だ 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	う え の 期 間 分 の 報 酬	受 け た ・ 受 け な い ・ 受 け ら れ る が 受 け て い な い					
	療 養 の た め 休 ん だ 期 間 の う ち 入 院 し た 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	入 院 費 用 の 別	健康保険 ・ 自費 ・ 公費 ・ その他 ( )					
	負 傷 の 状 況 (第 一 回 目 の と き 記 入)	負 傷 日 時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 ・ 午後 時 頃				
		負 傷 場 所					
		用 務 先 的 目 的					
		負 傷 し た と き の 状 況 を く ご 記 入 下 さ い					
年 金 給 付 の 受 給 状 況 に つ い て	① 年 金 を 受 給 し て い ま す か	受 け て い る ・ 受 け て い な い ・ 請 求 中					
	② 上 記 で 「受 け て い る」 又 は 「請 求 中」と 答 え た 場 合	年 金 の 種 類	老 齢 年 金 ・ 障 害 厚 生 年 金 其 他 ( )				
被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	銀 行	本店	種 別	普通・当座			
	信用金庫	支店	種 別	口座番号			
受 取 代 理 人 の 欄	住 所	〒 - 電話 ( )					
	フリガナ 氏 名						

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
代 理 人	住 所	〒 - 電話 ( )			
	フリガナ 氏 名				

同 意 欄	この度申請した傷病手当金の支給に関して、貴組合が医療 保険者、医療機関等に照会することに同意します。 被保険者氏名
-------	---

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

事 業 主 の 証 明 する ところ	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示して下さい。																																			
		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	出 勤	有 給		
	令 和	年	月																																日	日
	令 和	年	月																																日	日
	令 和	年	月																																日	日
	うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳 (月単位で支払われるものは30で除して1日当たりの額を算出)																																			
	種 類	支 給 額	1日当りの額	支 給 期 間	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入下さい。																															
	基 本 給	円	円	月 日 ~ 月 日																																
	役 付 手 当	円	円	月 日 ~ 月 日																																
	家 族 手 当	円	円	月 日 ~ 月 日																																
	通 勤 手 当	円	円	月 日 ~ 月 日																																
		円	円	月 日 ~ 月 日																																
		円	円	月 日 ~ 月 日																																
		円	円	月 日 ~ 月 日																																
	計	円	円	月 日 ~ 月 日																																
労務に服さなかった日について 報酬を支払わない場合はその旨と理由																																				
被 保 険 者 の 業 務 内 容											給 与 の 種 類	月 給 ・ 日 給 ・ 日 給 時 間 給 ・ 歩 合 給 其 他 ( )	賃 金 計 算	締 日	日																					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 担 当 者 氏 名																																				
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 意 見 を か く と こ ろ	傷 病 名																														
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因																														
	発 病 ま た は 負 傷 の 年 月 日	令 和	年	月	日	療 養 の 給 付 開 始 年 月 日 (初 診 日)	令 和	年	月	日																					
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令 和	年	月	日	日 間	左 の 期 間 中 の 診 療 実 日 数	日 間																							
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間 の う ち 入 院 期 間	令 和	年	月	日	日 間	療 養 費 用 の 別	健康 保 険 ・ 自 費 ・ 公 費 其 他 ( )																							
	「主たる症状および経過」「治療内容、 検査結果、療養指導」など詳しく ご記入下さい	手 術 年 月 日	令 和	年	月	日	転 帰	治 癒																							
		退 院 年 月 日	令 和	年	月	日		継 続																							
								中 止																							
								転 医																							
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																														
医療機関の所在地																															
医療機関の名称																															
医師の氏名																															
電話 ( )																															

※初回申請の場合は、申請期間分と申請期間前1ヶ月分(通常勤務日分の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを添付して下さい。)

(千葉県トラック健康保険組合)