

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

1枚目
(2枚1組)

1. 被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号							氏名	(フリガナ)		
生年月日	年 月 日			年 齢	歳	仕事内容(職種)				
住 所	(〒 -)						電話番号 (日中の連絡先)	TEL		
事業所名称	黒 崎 播 磨 株 式 会 社			所在地	福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号					

※初回申請時は「傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書」の提出をお願い致します。

2. 申請内容

① 傷病名	(1)	(2)	(3)
② 他人の行為によって負傷したものですか	☐ はい ☐ いいえ		
③ 発病または負傷年月日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日
④ 発病または負傷の原因			
⑤ 傷病により休んだ期間	年 月 日 から	日数	日間
※申請期間は暦月単位(1日～月末)の日付でご記入下さい。			

3. 受取代理人の欄(委任状)※退職者は記載不要

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。※受取方法は給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)

年 月 日

被保険者(申請者)氏名

代理人 所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号
名 称 黒崎播磨株式会社
氏 名 代表取締役社長 江川 和宏

4. 確認事項

①「障害厚生年金」 または「障害手当金」を 受給していますか	☐ はい → ☐ 請求中 → ☐ いいえ	「はい」または「請求中」と答えた 場合、受給の要因となった(な る)傷病名と基礎年金番号等 をご記入下さい	傷病名	年金の種類	☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金
			基礎年金番号		
			支給年月日	年 月 日	年金額 円
② <退職した方> 老齢または退職を事由 とする公的年金を受給 していますか	☐ はい → ☐ 請求中 → ☐ いいえ	「はい」または「請求中」と答えた 場合、受給(予定)している年 金の名称や基礎年金番号をを ご記入下さい	年金の名称		
			基礎年金番号		
			支給年月日	年 月 日	年金額 円
③今回の申請は労災 保険から休業補償給 付を受けている期間の ものですか	☐ はい → ☐ 請求中 → ☐ いいえ	「はい」または「請求中」と答えた 場合、請求先の労働基準監 督署をご記入下さい	労働基準監督署		
④ 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号	保険者名称	

5. 傷病手当金申請に伴う誓約

上記のとおり申請します。

私は、傷病手当金受給期間において障害年金、老齢厚生年金等及びおよび雇用保険、労災保険を受給していません。
今後、受給した場合は、速やかに傷病手当金を返還することを誓約いたします。

年 月 日

被保険者(申請者)氏名

※審査のため、追加書類を提出していただく場合がありますので予めご了承下さい。

2ページへ続きます>>>

健 保 記 入 欄	支給額	円	常務理事	事務長	担当
	標準報酬 月額・日額	平均月額 千円 日額 円 手当日額 円			
	支給開始年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日	
		待期間 年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日	
	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 【 日間】	障害年金・手当金	金額 日額	
			老齢・退職年金	金額 日額	
前回支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 【 日間】	全部・一部不支給	年 月 日から 年 月 日まで 【 日間】		

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目) 2枚目
(2枚1組)

事業主が証明するところ

被保険者氏名										
労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで					【日数： 日間】				
上記の期間について賃金を支給しましたか	☐ はい	給与の種類	☐ 月給	☐ 時間給	賃金計算	締め日	日			
	☐ いいえ		☐ 日給	☐ 歩合給		支給日	☐ 当月	日		
			☐ 日給月給	☐ その他				☐ 翌月		
上記のとおり相違ないことを証明します。										
年 月 日										
事業主	所在地	福岡県北九州市八幡西区東浜町 1 番 1 号								
	会社名	黒崎播磨株式会社								
	代表者	代表取締役社長 江川 和宏								

療養を担当した医師が意見を書くところ

患者氏名																																		
傷病名	(1)											療養の給付開始年月日 (初診日)	(1)	年 月 日																				
	(2)												(2)	年 月 日																				
	(3)												(3)	年 月 日																				
発病又は負傷 の年月日	年 月 日			☐ 発病 ☐ 負傷			発病または負傷の原因																											
労務不能と 認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																																	
うち入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 入院			療養費用の別										☐ 健保 ☐ 公費()	転 帰	☐ 治療 ☐ 中止																		
																☐ 自費 ☐ その他	☐ 繰越 ☐ 転医																	
診療実日数	日	診療日を ○で囲んで下さい	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
		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	
		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	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)											手術年月日 年 月 日																							
											退院年月日 年 月 日																							
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日 年 月 日										人工臓器等の種類										☐ 人工肛門 ☐ 人工関節													
																					☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー													
																					☐ 人工透析 ☐ その他()													
上記のとおり相違ありません。																																		
年 月 日																																		
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
電話番号																																		
医師の氏名																																		