

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回)

傷病手当金 付加金

受付年月日	支払年月日

太枠内をご記入ください。 申請年月日 令和 年 月 日

被保険者が記入するところ	⑦ 被保険者証記号・番号	-	被保険者①(申請者)氏名・印	⑩	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者①(申請者)住所・TEL	〒 TEL	事業所名称所在地勤務地【部署名】	⑪	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州		
	⑫ 資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	退職後の請求である場合は資格喪失年月日	⑬	⑭ 令和 年 月 日	⑮ あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後は退職前の仕事内容) (例: 経理担当・事務 铸物現場作業など)	
	⑯ 傷病名	発病または負傷年月日	令和 年 月 日	⑰	傷病・負傷の原因について(該当するものに○)	1. けが⇒第三者行為によるものですか (はい・いいえ) 2. 病気 (状況を記入)	
	⑱ 療養のため休んだ期間(申請期間)	⑲ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	⑳ ⑲の期間に報酬を受けましたか。または今後、受けられますか。該当する番号に○	㉑ ㉒で1.はいと答えた場合、その報酬額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入			
	㉒ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給中または受給できますか。該当するものに○	1. はい (受けた ・ 今後受ける) 2. いいえ (受けない)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		1. はい 2. 請求中 3. いいえ	
	㉓ 【健康保険の資格を喪失した方】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。該当するものに○	「1.はい」、「2.請求中」と答えた場合、その種類と要因となった(なる)傷病名、および基礎年金番号等を記入		種類	・ 障害厚生年金 ・ 障害手当金	基礎年金番号	
	㉔ 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			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (⑳被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)						

受領方法	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)					
	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)					
	銀行・信用金庫 農協 本店・支店 出張所 普通・当座 口座番号					

※健保記入欄	支給決定額		令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	資格(取得・喪失)情報	取得 昭和 平成 令和 年 月 日			
	傷病手当支給期間	給付開始 令和 年 月 日	支給期間(うち実日数)	自 令和 年 月 日 日間	至 令和 年 月 日 ()		喪失 令和 年 月 日				
	支給開始日	令和 年 月 日	内訳 法定	日額	日数	給付額	付加	日額	日数	給付額	合計
	支給開始日以前の期間と報酬	<input type="checkbox"/> 12か月以上 自 年 月 円	<input type="checkbox"/> 12か月未満 至 年 月 円					前年9/30時点準報酬月額を平均した額			
	支給金額算出式(H28.4)付加	当該年度の前年9/30における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額 (標準報酬月額期間 円 × 月 + 標準報酬月額期間 円 × 月) ÷ 12か月 ÷ 30日 = 日額④ 円			法廷日額 (日額④ × 2/3) × 日 = 円⑤			法廷給付額 日額④ × 10/100 = 円⑥ ⑥ × 日 = 円⑦ ⑦ + ⑧ = 円			
	備考欄	※1: 標準報酬日額(5円未満:切捨、5円以上10円未満:切上) ※2: ※1の2/3相当額(50銭未満:切捨、50銭以上1円未満:切上)									

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

- 『初回申請』には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿の(写)を添付してください。役員などで出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服できなかった期間 (2回目以降は申請期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																																			
	勤務状況 (出勤は○で、有給は△で、公休は●で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)																																					
	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	出勤	有給	欠勤	公休		
	上記、労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類	月給・日給 月給・時間給	賃金計算	締日 支払日	末日 翌月 15日																													
	●上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。																																					
	支給した 賃金内訳	区分	支給期間	単価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																														
					支給額	支給額	支給額																															
基本給			円	円	円	円																																
通勤手当			円	円	円	円																																
手当			円	円	円	円																																
手当			円	円	円	円																																
計			円	円	円	円																																
上記のとおり相違ないことを証明いたします。		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																																

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	療養給付開始年月日(初診日)	令和 年 月 日																															
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病負傷																															
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	発病または負傷の原因																															
	うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養費用の別	健保	自費	公費()	その他																											
	診療実日数	日	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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日	令和 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		退院年月日	令和 年 月 日																														
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日		人工透析を実施または人工臓器を装着したとき																																
		装着日	昭和 平成 令和 年 月 日																															
		人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()																															
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名		☎ 電話																																