

被保険者が傷病・怪我により、医師により労務不能と判断され、早期回復のために療養に専念するため
会社を休業するとき、1ヶ月毎に申請。(詳細はホームページ)

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|--|
| 被保険者 (申請者)記入欄 | 被保険者証 (の左づめ) | 記号(1か2) 1 | 番号(保険者番号06270748ではありません) 1 1 1 1 1 1 1 | 生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 4 0 0 1 0 1 |
| | 氏名・印 | (フリガナ) ケンボ タロウ | 健保 太郎 | 申請回数 1 回 |
| | 療養のため休んだ期間(申請期間) ※1ヶ月毎に申請 | 2019年 5月 1日 ~ 2019年 5月 31日 | | |
| | 私は、貴健康保険組合が本手当金の支給に関し、必要に応じて事業主・担当医・全国健康保険協会または他の関係する保険者等に必要な情報を提示および照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。受領については事業主に委任します。(健保→事業主→個人) | | | |
| | 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 病気→ <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 運動中 <input checked="" type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他 (原因) <input type="checkbox"/> ケガ→ 負傷原因届を合わせてご提出ください(初回の) | | |
| | 公的年金 受給状況 | (退職前の方)「障害厚生年金」を受給していますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (退職後の方)傷害年金および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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 「はい」の場合は、年金通知書のコピーを添付してください。 |
| あなたの現在の症状について | 夜寝られない、頭痛、吐き気などがあり、ほとんど家にいる状態 | | | |
| あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請は退職前の仕事) | 営業職 車を運転し、顧客訪問。 | | | |

| | | | | |
|--|--|--------------|--------------|---------------------------------|
| 医師証明欄 | 傷病名 | 抑うつ状態 | 労務不能と認められた期間 | 2019年 5月 1日から 2019年 5月 31日まで |
| | 発病または負傷の年月日 | 2019年 4月 25日 | うち入院期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | 診療開始日 | 2019年 4月 28日 | 診療実日数 | 3日 |
| | ※診療日を○で囲んでください。 | | | |
| | 2019年 5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 | | | |
| | 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 | | | |
| 上記期間中における「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) | | | | |
| <p>2019年4月下旬より意欲の低下が目立ち、不眠、思考がまとまらなくなる。 その為、自宅安静加療が必要と判断した。内服薬としては、〇〇〇〇〇を投与の上、5/8より△△△△を追加し、現在も内服加療中である。 精神療法、薬物療法をおこなっている。</p> <p>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</p> <p>抑うつ症状、意欲低下に加え、不眠症状、考えもまとまらないなどがあり 身体症状(頭痛、吐き気)も出現していたため、労務不能と判断した。</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> | | | | |
| 医療機関の所在地 | 〒△△△-△△△△ | | 2019年 11月 5日 | |
| 医療機関の名称 | | | | |
| 医師の氏名 | | | 印 TEL () | |

※次ページがあります。必ず印刷し、あわせて提出してください。(事業所証明欄・健保記入欄)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---------------------------------------|--|----|--------------------------|-----|--------|---|---|-----------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 事業主記入欄 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 労務に服しなかった期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務状況 | 【出勤は○】【有休は△】【公休は□】【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 |
| | 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 |
| | 上記期間に賃金を支給しましたか？ (出勤日・有休日は除く) | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | 給与証明者印 | 印 | | ※欠勤日に賃金支給がある場合は、日額のわかるものを添付してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受領の代理人であること、勤務・賃金内容について、相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業主名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | TEL | | () | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|------------------------|-------------------|--------|---|--|---|--------|---|
| 健保組合記入欄 | 傷病手当金支給開始年月日 | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 1年半を超えていない | | | |
| | 延長支給開始年月日 | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 傷手開始から3年以内、延長開始から半年以内 | | | |
| | 標準報酬月額 | 千円 | 傷病手当日額 | 円 | 付加金日額 | 円 | 延長付加日額 | 円 |
| | 障害年金日額 | 円 | | | 老齢年金日額 | 円 | | |
| | 待機期間(連続3日) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | |
| | 支給期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日(日) | | | | | | |
| | 傷病手当金 | | | | | | | |
| | 傷病手当付加金 (退職後は不支給) | | | | | | | |
| | 延長傷病手当付加金 (退職後は不支給) | | | | | | | |
| | 支給決定額 (傷病手手金・付加金) | 円 | | | 支給決定額 (延長) | 円 | | |
| 確認事項記録欄 | | | | | | | | |

※必要な情報照会などにより、給付が遅れるまたは停止となることがあります。

※事業主へ提出してください

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

| |
|------------|
| 大阪ガス健康保険組合 |
| |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
| |