

健康保険

傷病手当金

支給申請書
(2-1ページ)

被保険者(申請者)・医師 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

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) ※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。

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	被 保 険 者	記号(1か2)	番号(06270748ではありません)(右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください												
	氏 名	(フリガナ)		自署の場合は 押印を省略 できます				生年月日 年 月 日				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	療養のため休んだ期間(申請期間)	※1ヶ月毎に申請												年 月 日 ~ 年 月 日	申請回数	回
	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)														押印 必要	
	該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		<input 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 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(初回のみ)													
	労働者災害補償保険の休業補償		休業補償請求		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 予定				休業補償				<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給していない			
	※労災給付を受給された場合、速やかに連絡してください。健康保険法の規定に基づき労基署に対して受給状況確認を行う場合があります															
	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 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。					
			(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									
	現在の症状(傷病名ではなくご自身の状態を具体的に)															
仕事の内容(「営業・内勤・事務」だけではなく具体的に)																

医 師 証 明 欄	傷病名		労務不能と認められた期間	年 月 日から	年 月 日まで	
	発病または負傷の年月日	年 月 日	うち入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	
	診療開始日	年 月 日	診療実日数	日	手術日 年 月 日	退院日 年 月 日
	※診療日を○で囲んでください。					
	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」等を詳しく記入してください。					
	(主たる症状) (および経過)					
	(治療内容) (検査結果) (療養指導等)					
	症状経過からみて、従来の業務について労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。					
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日						
医療機関の所在地						
医療機関の名称						
電話番号						
印 医師の氏名 ※医療機関のゴム印または角印など						

※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

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					退職日	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。															年 月 日																
	事業所所在地															事業主担当者名																
	事業所名称																															
	事業主氏名															印																
電話番号																																

健保組合記入欄	傷病手当金支給開始年月日	R 年 月 日																				
	延長支給開始年月日	R 年 月 日																				
	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）	R 年 月 日 ~ R 年 月 日																				
	支給期間	R 年 月 日 ~ R 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 （傷病手当金・付加金）	円									支給決定額 （延長）									円		

特記事項

特記事項	
------	--

大阪瓦斯健康保険組合

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

健保受付日付印
