健康保険傷病手当金支給申請書（第　　回）

※申請書は被保険者の自書にてお願いします。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証 記号・番号	記号	② 被保険者（申請者）の氏名と印（個人番号）	（フリガナ） ㊞
	番号		
③ 被保険者（申請者）の住所	〒　—	電話（　　） —	
④ 事業所の名称		⑤ 被保険者の仕事の内容	
⑥ 資格取得年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	⑦ 発病又は負傷年月日	年　月　日
⑧ 傷病名		第三者行為によるものですか	□はい □いいえ
⑨ 発病または負傷の原因	（負傷の場合は負傷原因を添付願います。）		
⑩ 病気やけがで仕事を休んだ期間（申請期間）	年　月　日から　年　月　日まで　日間		
⑪ 仕事を休んだ期間の給料は	基本給は 全額支給される・一部支給・支給されない		
	諸手当は 全額支給される・一部支給・支給されない		
⑫「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。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。受給している場合、どの年金を受給していますか。	□はい □いいえ □請求中	□障害年金 □老齢年金 □障害手当金 □老齢厚生年金	
⑬ 上記⑫で「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）傷病名を記入してください。			
⑭ 上記⑫で「はい」または「請求中」と答えた場合、支給開始年月日、年金額をを記入してください。「請求中」と答えた場合は、年金額決定通知書が来ましたら、コピーの提出をお願いします。	支給開始年月日　年　月　日	年金額　円	
⑮ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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 □いいえ □請求中		
⑯ 上記⑮で「はい」または「請求中」と答えた場合、支給開始年月日、年金額をを記入してください。「請求中」と答えた場合は、年金額決定通知書が来ましたら、コピーの提出をお願いします。	支給開始年月日　年　月　日	年金額　円	
⑰ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	□はい □いいえ □労災請求中		
⑱ 上記⑰で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督名を記入してください。	労働基準監督署		
⑲ 傷病手当金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに（どちらか○で囲って下さい）	同意する　同意しない		

※ 同意を頂いた後、後日、他機関へ照会するため新たに同意書を提出いただく場合があります。

金額の受領を委任するときに記入

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

令和　年　月　日　被保険者（申請者）氏名　㊞

委任された者の事業所名

住所　　委任者と代理人との関係

氏名・印　㊞

上記金額正に受領いたしました。　令和　年　月　日

住所

氏名　㊞

受付日付印

※訂正をする場合、訂正印として申請者印と同じ印を押印してください。

※ 被保険者（請求者）本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

名古屋木材健康保険組合

被保険者のマイナンバー記載欄	

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カードの写し等）」、「本人確認（運転免許証の写し等）」をするための添付書類が必要です。）

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

事業主が証明するところ

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。

㋐ 就労状況	月	労務に服さなかった期間　年　月　日から　年　月　日まで	出勤	有給
欠勤－× 有給ー△		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	計 日	日
出勤—○ 公休ー公と該当日に表示		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	計 日	日
		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	計 日	日

㋑ 給料の種類	月給・日給月給・日給・時間給 その他（　　）	㋒ 給料締切日	日締	㋓ 給料支払日	当月　日 翌月	㋔ 標準報酬月額	千円

㋕ 1か月分の基本給・諸手当の額（支給の有無に関係なく記入）	基本給や諸手当の支給状況（給料の締切単位に記入してください）			
	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※必ず記入してください
基本給　円				
住宅手当　円				
通勤手当　円				
家族手当　円				
手当　円				
手当　円				
手当　円				
現物給与　円				
計　円				

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（　　）

「初回申請分」には、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とその期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	1)	㋖ 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
発症又は負傷の年月日	年　月　日　発病・負傷	発病または負傷の原因	
㋗ 労務不能と認めた期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで		
㋘ ㋗のうち入院期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで　入院	療養費用の別	健保　自費　公費（　　）その他
		転帰	治癒　繰越　中止　転医

診療実日数	日	診療日を○で囲んでください。	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

㋙ ㋗の期間中における「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

人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和　年　月　日
	人工臓器の種類	ア. 人工肛門　イ. 人工関節　ウ. 人工骨頭　エ. 心臓ペースメーカー　オ. 人工透析　カ. その他（　　）

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（　　）