

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回)

被保険者 記入

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)
	④ 事業所の名称	③ 被保険者 (申請者) の住所		
	⑤ 被保険者の仕事の内容	〒 - 電話 ( ) -		
	⑥ 傷病名	⑦ 発病または 負傷の原因		
	⑧ 療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		
	⑨ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬は	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない		
	⑩ 「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」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。 その傷病を要因とする年金の支給開始年月日、年金額を記入してください。 「請求中」の場合は、年金額決定通知書のコピーの提出をお願いします。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 傷病名 支給開始年月日 年 金 額 年 月 日 円		
	⑪ 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」または「請求中」の場合、支給開始年月日、年金額をを記入してください。 「請求中」の場合は、年金額決定通知書のコピーの提出をお願いします。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 支給開始年月日 年 金 額 年 月 日 円		
	⑫ 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」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の 労働基準監督署名を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中 労働基準監督署		

※給付金の受領を委任される場合は【傷手2-2】の受取代理人欄の署名を忘れずにご記入ください。

療 養 担 当 者 の 意 見 記 入 欄	患者氏名				医師等 記入
	傷病名	1) 療養の給付 開始年月日 (初診日)	2) 年 月 日	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	
	(a) 労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間		
	(a)のうち 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別 転 帰	健保 自費 公費 ( ) その他 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
	診療実日数	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
	「(a)」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(詳細に)				手術年月日 令和 年 月 日
					退院年月日 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				
	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 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 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 ( )					

※【傷手 1-2】【傷手 2-2】【同意書】を必ずセットで事業所へご提出ください。

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			

事業主 記入

労務に服することができなかった期間を含む報酬計算期間（給料締日翌日～締日）の勤務状況および報酬支払状況等を記入してください。

事業主が証明する欄	就労状況	労務に服できなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																																
		出勤○、公休-公、欠勤-/、有給△で該当日にそれぞれ表示してください。																																	
	令和 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	計	出勤	有給
	令和 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	計	出勤	有給
	令和 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	計	出勤	有給
	令和 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	計	出勤	有給
	令和 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	計	出勤	有給
	給料の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 ( )		給料締日	日締	給料支払日	当月翌月	日																											
	1か月分の基本給・諸手当の額		実際に支給した報酬内訳（支給の有無に関係なく、給料の締切単位で記入）																																
	通常支給の額		月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	円	円	円	円																									
	基本給	円	円	円	円	円	円	円	円	円																									
	住宅手当 (1か月)	円	円	円	円	円	円	円	円	円																									
	通勤手当 (1か月)	円	円	円	円	円	円	円	円	円																									
	家族手当 (1か月)	円	円	円	円	円	円	円	円	円																									
	手当 (1か月)	円	円	円	円	円	円	円	円	円																									
手当 (1か月)	円	円	円	円	円	円	円	円	円																										
残業手当 ( )	円	円	円	円	円	円	円	円	円																										
その他 ( )	円	円	円	円	円	円	円	円	円																										
総支給額	円	円	円	円	円	円	円	円	円																										
報酬を支払った場合は、その計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください ※ 記入必須(別紙添付可) 例：基本給 - 《基本給 ÷ 20.5 (所定労働日数) × 欠勤日数》 = 控除額 等 (上記金額のわかる形式で記載)																																			
																												記入担当者氏名							
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )																																			

※出勤簿および給与明細等の添付は不要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

被保険者

受取代理人 記入

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
		氏名	令和 年 月 日
		【自署】	
委任された受取代理人 (事業主等)	住所	被保険者 (申請者) 者と受取代理人との関係	
	氏名		
窓口受領者	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

名古屋木材健康保険組合

※退職後等の給付を被保険者(申請者)本人口座へ希望される場合は、別途「振込先銀行口座記入用紙」の提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。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

被保険者のマイナンバー記入欄	
----------------	--

※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。

※【傷手 1-2】【傷手 2-2】【同意書】を必ずセットで事業所へご提出ください。

# 同意書

私が請求しました（傷病手当金）について、名古屋木材健康保険組合が  
保険給付の（傷病手当金）支給決定をするための参考として、医療機関及び  
関係機関に照会をすることに同意します。

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

被保険者本人（自署） 住 所

〒

---

（健康保険被保険者証 記号 番号 ）

氏 名

---