

健康保険

傷病手当金 傷病手当付加金 支給申請書
延長傷病手当付加金

記号・番号は、右つづめで記入してください。

校番は不要です。

被保険者申請者情報

健康保険の(右つづめ) 記号 9 9 9 番号 9 9 9 9 9 生年月日 年 月 日 昭和 平成 4 8 0 2 2 2

氏名 (フリガナ) タイヘイ ヨウタ 氏名 太平 洋太

住所 (〒 〇〇〇 - ××××) 大分 都(道)府(県) 津久見市〇〇町〇〇-〇〇-〇

電話番号 (日中の連絡先) TEL 0972 (〇〇) ××××

本申請書の提出を事業主へ委任します

日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

発病した日が不明の場合は、初めて病院等を受診した日を記入してください。

申請内容

1 傷病名 1) うつ病 2 発病した負傷年月日 1) 平成(令和) 4 年 1 月 12 日 2) 平成・令和 年 月 日 3) 平成・令和 年 月 日

3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか 1 1. 病気 2. ケガ (発症時の状況) 眠れない日が続き、気分も落ち込んでいたので心療内科を受診。うつ病と診断された。

4 療養のため休んだ期間(申請期間) 令和 年 月 日 0 4 0 1 1 2 から 日数 0 4 0 2 1 0 まで 30日間

5 申請期間中の病気やケガの状況

確認事項

1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたかまたは今後受けられますか 1 1. はい 2. いいえ

1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください 令和 4 年 1 月 1 2 日から 令和 4 年 1 月 1 6 日まで 報酬額 34,275円

2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか受給している場合、どちらを受給していますか 2 1. はい 2. いいえ 3. 手続中 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金

2-① 「はい」または「手続中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください 「手続中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください 傷病名 基礎年金番号 年 金 下 支給開始日 昭 和 平 成 年 月 日 年 金 額 円

3 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、その名称をご記入ください 2 1. はい 2. いいえ 3. 手続中 名称

3-① 「はい」または「手続中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください 傷病名 基礎年金番号 年 金 下 支給開始日 昭 和 平 成 年 月 日 年 金 額 円

4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか 2 1. はい 2. いいえ 3. 労災請求中

4-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください 労働基準監督署

5 介護保険サービスを 保 險 者 被 保 険 者 保 險 者 受 け た と き 番 号 番 号 名 称

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です
被保険者のマイナンバー記載欄

2ページに続きます>>

【健保使用欄】

支給・支払決議書	同年月日		令和 年 月 日				回数		
	支払額		百万	十万	万	千	百	十	円
	内訳	法定							
		付加							
	期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)						
	資格	得	年 月 日	前回	始	年 月 日			
喪		年 月 日	終		年 月 日				
日額	円/日		備考						

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.

