

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

被保険者記入欄

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒	-)	都(道 府(県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

本申請書の提出を事業主へ委任します

申請内容	1) 傷病名	2) 発病は	1) 平成・令和	年	月	日
	2) 傷病名	3) 発病は	2) 平成・令和	年	月	日
	3) 傷病名	4) 発病は	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	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(発症時の状況)			
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和	年	月	日	から

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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	年	月	日	から	報酬額	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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. 手続中	→	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 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	傷病名	基礎年金番号	年	金	下		
	「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	支給開始日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	年金額	円

・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
喪		年	月	日	前回	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.

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

1 2

事業主記入欄

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及び賃金支払状況等をご記入ください

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																		
	①勤務状況 【出勤は○】【有給は△】【欠勤は／】【公休は公(但し、無給の場合は／)】でそれぞれ表示してください。																																欠勤 (無給の日)	出有公 (有給の日)	
	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②上記の期間中の分として報酬を支給した場合		令和 年 月 日から 令和 年 月 日 日間	円日額	円																													
上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた傷病手当金及び同付加金等の受領は貴組合との間で定められている所定の方法で受領いたします。				令和 年 月 日																															
受任者 事業所 所在地				担当者名																															
名称																																			
氏名																																			
電話				()																															

療養担当医師記入欄

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	①傷病名	(1)	②療養の給付開始年月日(初診日)		(1)平成・令和 年 月 日																													
		(2)			(2)平成・令和 年 月 日																													
		(3)			(3)平成・令和 年 月 日																													
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																														
	③労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	入院																													
	診療実日数	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	
		日	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
		日	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
	④上記の期間中における「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	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																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	<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()																														
上記の通り相違ありません			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 ()																																		

【被保険者の方へ】

- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください
- お勤め先の事業所に証明を受けてください

【事業主の方へ】

- 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(賃金計算の締め日の翌日から締め日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で有給の場合は△で、公休日の場合は公(但し、無給の場合は／)で、欠勤の場合は／で表示してください
- 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における賃金支給状況についてご記入ください

【療養担当者の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください
- 傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください