

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回目)

被保険者証 記号番号	—	事業所名 社名 所属部署	部 課	被保険者 資格取得日	年 月 日
被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	休職 発令日	年 月 日	仕事の内容 (退職者は在職中の)
老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
介護保健法のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称
傷病名		発病又は負傷年月日 (診療開始の年月日)	年 月 日	①労務に服することができ なかった期間(申請期間)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
発病または 負傷の原因 及び状況 (初回申請時 のみ必ず記入)	詳しく記入 (外傷性疾患については「負傷原因届」を添付してください)				
	勤務時間中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	通勤途中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	負傷は第三者行為 によるものですか
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合は「第三者行為に よる傷病届」を提出してください
上記①の期間の報酬を受けましたか又は受けられますか。 報酬を受けた(受けられる)ときはその報酬の基礎となった (なる)期間	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けられない		<input type="checkbox"/> 受けられる ・ <input type="checkbox"/> 受けられない		
	年 月 日から		年 月 日まで 日間の分として 円		
当健保組合に加入して1年以内の方	従前加入先健保名:	連絡先:	加入期間:		
今回の傷病手 当金申請期間 中の療養及び 日常生活状況	医師から受けている療養 についての注意事項	医師に診てもらった日数 日間	1 絶対安静 2 終日横になっている 3 短時間離床しているが主に横になっている 4 普通人の半人前の生活をする 5 無理をしない普通生活をする 6 その他()		
傷害厚生年金又は 障害手当金を受給 していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 (申請書の控えの写しを添付してください) <input type="checkbox"/> はい (現在の年金支給額通知書の写しを添付してください)	受給の原因となった傷病名	基礎年金番号		
資格喪失者及び任意継続者の方で 老齢または退職を理由とする公的年金 を受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> はい	年金コードまたは記号番号もしくは番号	年 金 額 円 (直近の裁定通知書又は支払通 知書等の写を添付してください)		
支払方法 口座振込	銀行	支店	預金種別	口座番号	口座名義(フリガナ)
上記のとおり申請します。後日、給付基準に該当しないことが判明した場合、給付金全額を返還いたします。また傷病手当金支給につき、関係諸機関(事業主、主治医、産業医等)に照会することについて承諾いたします。					
年 月 日 提出 〒 被保険者 住所 (申請者) 氏名					
阪神高速道路健康保険組合理事長 殿					

事業主証明欄	①労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	現在の状況	<input type="checkbox"/> 欠勤中 <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退職	
	出勤は○で、有給は△(半休は▲)で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください					出勤 有給
	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	
	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①の 期間中の 報酬支払 状況 (出勤 した日、 有給休暇 の日を 除く)	<input type="checkbox"/> 全額支給 年 月 日から 年 月 日まで 日間				報酬支払形態
		<input type="checkbox"/> 一部支給 年 月 日から 年 月 日まで (日額 円)				<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他
		支給内訳(本俸・手当・交通費等)欠勤控除の計算方法・諸手当の説明等を併せて記入してください(申請期間にかかわる支払明細添付)				賃金計算
	<input type="checkbox"/> 支給しない 年 月 日から 年 月 日まで 日間 支給しない理由				締切	日
					支払日	当月 翌月
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所名称 年 月 日 事業主氏名						

療養担当医師意見書欄	受診者氏名	医師によるご意見は、傷病手当金の支給・不支給の判断をするために大変重要となりますので、できるだけ詳しく記入してください。			
	労務不能と認める傷病名 (関連疾病を含む)	発病又は負傷の年月日	療養の給付開始年月日 (初診年月日)	発病又は負傷の原因	
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
	①労務不能と認めた期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	療養費用の別	健保 自費 公費()その他
	上記①のうち入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	転帰	治療 継続 中止 転医
	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		
		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		
	うえの①の期間における主たる病状及び経過				
症状の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所見					
手術を行ったとき、または人工透析を実施や人工臓器等を装着したとき	手術名	手術日又は装着等実施日	年 月 日		
	人工臓器等の種類	1. 人工透析 2. 人工関節 3. 人工骨頭 4. 心臓ペースメーカー 5. 人工肛門 6. その他()			
上記のとおり相違ありません。					
所在地 医療機関の名称 年 月 日 医師の氏名 連絡先					