

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

傷病手当金申請書 (第 回目)

提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)	
保険証の記号 - 番号	被保険者の所属・氏名	(フリガナ)	仕事内容(職種)	
—		○		
被保険者の生年月日	年齢	被保険者の住所		
昭和 平成 年 月 日	歳	〒		
		電話 ()		
傷病名		発症又は負傷年月日(療養開始日)	平成 令和 年 月 日	
発症または負傷の原因			他人の行為によって負傷したものでですか	
			0 : いいえ 1 : はい	
傷病により休んだ期間	自 : 令和 年 月 日 (日間) 至 : 令和 年 月 日			
被保険者が記入するところ	(1) 障害年金又は障害手当金を受給していますか	はい 請求中 いいえ	←「請求中」又は「はい」の場合は、(2)(3)も記入してください。	
	(2) 障害年金又は障害手当金の受給原因となった傷病名		(添付書類) ① 受給事由となった傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写 請求中の場合 → ②「年金見込額照会回答票」の写 ③「年金証書」 ④「年金請求書」の写	
	(3) 障害厚生(基礎)年金又は障害手当金の受給額	年額 円		
退職後の期間を請求される方	(4) 療養のため休んだ期間に報酬(給与等)がありましたか	ない ある	←「ある」場合は、(5)も記入してください。	
	(5) 報酬(給与等)の支払いの基礎となった期間と金額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	円	
	(6) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい 請求中 いいえ	←「請求中」又は「はい」の場合は、(7)を記入し上記②③を添付。	
	(7) 老齢又は退職を事由とする公的年金の制度名と金額	[年金制度名]	[金額]	円
※ 初回申請時のみご記入をお願いします。(2回目以降は記入不要)				
同意書(誓約書)				
令和 年 月 日				
安川電機健康保険組合				
理事長 殿				
私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照合することに同意いたします。				
(後日、本件については貴組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをしないことを誓います。)				
なお、本書の写しも有効とします。				
氏名				
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。			
	受取方法	代理人		
	<input type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)		

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。(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。)

※申請時に事業主が添付する資料について

初回申請時	① 給与明細書の写し ⇒ 当該申請書の月度分+前月度分+翌月度分
	② 出勤簿(JOBカード等)の写し ⇒ 当該申請書の月度分+前月度分
2回目以降申請時	① 給与明細書の写し ⇒ 当該申請書の月度分+翌月度分
	② 出勤簿(JOBカード等)の写し ⇒ 当該申請書の月度分

支払印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間			月度		日		記載要領：休日「休」、出勤「出」、有給休暇「有」、病気欠勤「病」、リハビリ出勤「リ出」								
	日付	/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	内容															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>事業主 所在地 会社名 代表者</p> <p style="text-align: right;">電話 () —</p>																

療養を担当した医師が意見を書くところ	対象者の氏名					傷病名					発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日	平成	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	平成	年	月	日						
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から	(日間)	左記期間のうち診療実日数					日間			
	傷病の主症状および経過概要	令和	年	月	日	まで	上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間				令和	年	月	日	から	日間
						入院の費用の別				健保	公費					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医師 所在地 医療機関名 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 () —</p>																

健保記入欄	支給開始日	令和	年	月	日	同和会扶助金支給額				円	
	月度	標準報酬月額平均	日額	歩合	支給日額 (小数点四捨五入)	支給日数	支給金額 (A)	会社支給額 (B) (1の位を四捨五入)			
		円	円	2/3	円	日	円	÷30 = × 日 =			
		円	円	2/3	円	日	円	【計算】			
	支給期間	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日				決定額 (A) - (B)				円	

* 扶助金> 傷病手当金 扶助金該当支給開始R×.×.×
 * 扶助金なし 支給開始R×.×.×
 * 扶助金< 傷病手当金 扶助金差額○○○○