

傷病手当金 支給申請書 (1/3)

延長傷病手当付加金

健保 受付日付印	事業所 受付印
----------	---------

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名 (自署)	(フリガナ)	-----			
	住所	(〒 -)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)	令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係			
	住所	(フリガナ)	事業主			
	氏名・印	印				

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>	左づめで記入
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(°)、半濁点(゜)は1字として記入ください)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

申請内容	1 傷病名	1) <input type="text"/> 2) <input type="text"/> 3) <input type="text"/>	2 発病 または 負傷 年月日	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 (発病時の状況)	-----				
		2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください					
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日	<input type="text"/>	から	日数		
			<input type="text"/>	まで		日間	
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)							

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

傷病手当金・延長傷病手当付加金 申請書 (2/3)

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 令和 年 月 日 まで 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"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 - ① 「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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 〔「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 年金コード ----- 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
3 - ① 「はい」または「請求中」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。〕	基礎年金番号 年金コード ----- 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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	<input type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 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	
上記のとおり申請します		提出日: 令和 年 月 日

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況(勤務表)および賃金支払状況を記入ください

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況は下記のとおり			
	支給期間	総支給額(日額換算)		特記事項
	月 日～ 月 日分	円		
	月 日～ 月 日分	円		
	月 日～ 月 日分	円		
	月 日～ 月 日分	円		
	月 日～ 月 日分	円		
上記の支給期間を含む労務に服さなかった期間の勤務状況は 別添「勤務表」のとおり				
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電話 ()				

「記入用紙」は3ページに続きます。>>>

傷病手当金 支給申請書 (3/3)

延長傷病手当付加金

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名		
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日 (初診日)
		(2)	
		(3)	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	発病または負傷の原因
		令和 年 月 日まで 日間	
	うち入院期間	令和 年 月 日から	療養費用の別
		令和 年 月 日まで 日間 入院	
	診療実日数	診療日を	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
○で囲んで		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	
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	
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	
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		印 電話 ()	

記入例

1	患者氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日)	(1)平成 26 年 4 月 22 日
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間
	発病または負傷の原因	左肩部強打
	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他
	診療実日数	4 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 5 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
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 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	鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。
	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	骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。
	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 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()
	上記のとおり相違ありません。	平成 26 年 5 月 22 日
	医療機関の所在地	東京都品川区△△ 1-1
	医療機関の名称	○総合病院
	医師の氏名	保険 五郎 印 電話 03 (△△△△) △△△△

【被保険者の方へ】

1 療養担当(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当の方へ】

- 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。
- 左の傷病名について、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。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 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。