

健康保険 傷病手当金支給申請書 ①(第 回)

裏面の「記載上の留意事項」を参考に、できるだけ詳しくご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②健康保険の 記号番号	—	③仕事の 種類		④給料の 種類	月給・日給・日給月給 時間給・その他()	
	⑤個人番号 (マイナンバー)	(※②欄/記号番号記入の場合は不要)	⑨発病又は 負傷の原因等	◇いつ 年 月 日 曜日 午前・午後 時頃 出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中・退社途中・帰宅後・休日・その他			
	⑥資格取得年月日	年 月 日	第一回のときのみ 記入してください	◇どこで(場所)			
	⑦資格喪失年月日	年 月 日		◇どうしたか			
	⑧標準報酬月額	千円	⑪「障害厚生年金」又は 「障害手当金」について	受給中・申請中 なし	[年金証書の記号番号及び年金額]	-	円
	⑩療養のため休んだ 期間(申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑫「老齢年金」について	受給中・申請中 なし	[年金証書の記号番号及び年金額]	-	円
	⑬上記⑩欄の期間中に対して報酬を受けた ときは、その期間・金額及び理由		月 日から 月 日まで	円			
	上記のとおり請求します。 被保険者住所 〒 —						
	令和 年 月 日						
	氏名 —						
名古屋文具紙製品健康保険組合理事長 殿 TEL () —							

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑭労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑮給料の種類、 締日及び払日	月給・日給月給・日給 時間給・その他()	当月 翌月	日締 日払	⑮ 種類	期間	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	
	⑯ ⑭欄の期間 中に報酬を	・支給した ・支給しない ・一部支給した()				⑮ 種類	基本給 月給・日給・時間給 円	月 日から 月 日まで	円	円	円	
	⑰ ⑭欄の期間中の就労状況 欠勤…○、出勤…×、有給…△、公休…公 それぞれ該当日に表示してください。					⑮ 種類	通勤手当 円	1ヵ月	円	円	円	円
	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					⑮ 種類	手当 円	1ヵ月	円	円	円	円
	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					⑮ 種類	手当 円	1ヵ月	円	円	円	円
	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					⑮ 種類	手当 円	1ヵ月	円	円	円	円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所の所在地											
	令和 年 月 日 名称											
	(記載者氏名) 事業主の氏名											
	TEL () —											

療 養 担 当 医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑲傷病名		⑳発病又は負傷日	平・令 年 月 日	㉑発病又は 負傷の原因	
	㉒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	㉒療養給付開始日 (貴院での初診日)	平・令 年 月 日	㉒人工透析 又は、人 工臓器装 着のとき	◇透析日又は装着日 平・令 年 月 日 ◇種別 人工透析・その他 ()
	㉓		㉓診療 実日数	日	㉓入院 期間	月 日から 月 日まで
	㉔ 上記期間 における 主症状 及び 経過概要	記載事項に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名称 医師氏名 TEL () — <small>※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。</small>				

※初回請求の場合は、賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。

《記載上の留意事項》

被保険者が記入するところ

②欄【健康保険の記号番号】・⑥欄【資格取得年月日】

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。

③欄【仕事の種類】

仕事の内容を具体的に記入してください。（セールスマン、店員、事務員等）

⑤欄【個人番号（マイナンバー）】

健康保険の記号番号を記入の場合、省略できます。

マイナンバーを記入した場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類は不要です。

⑨欄【発病又は負傷の原因等】

負傷の場合は、詳しく記入してください。

「第三者行為によるもの」「交通事故」の有無を○で囲んでください。

「第三者行為によるもの」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

⑪欄【「障害厚生年金」又は「障害手当金」について】

同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害厚生年金・障害手当金を受ける場合は、記入していただくとともに年金給付額等がわかる書類を添付してください。

「障害厚生年金」

- ・障害厚生年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類（給付額、支給開始年月日の記載のあるもの）の写し
- ・障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し

「障害手当金」

- ・障害手当金の支給を証明する書類の写し

⑫欄【「老齢年金」について】

老齢年金を受ける場合は、記入していただくとともに年金給付額等がわかる書類を添付してください。

- ・老齢年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類（給付額、支給開始年月日の記載のあるもの）の写し
- ・老齢年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し

事業主が証明するところ

※出勤簿、賃金台帳等より正確に記載してください。

⑭欄【労務に服さなかった期間】

療養のために、仕事を休んだ期間を記入してください。

⑱欄【⑭欄の期間にかかる報酬の支払状況】

基本給、住宅手当、通勤手当、家族手当のほか、事業所から支給するすべての手当を給与の締切りごとに記載してください。欠勤控除をされている場合は、余白に算式を記入してください。

療養を担当した医師が記入するところ

⑳欄【発病又は負傷日】・㉑欄【発病又は負傷の原因】

問診により記入してください。

㉒欄【療養給付開始日(貴院での初診日)】

健康保険での療養給付の開始日を記入してください。

㉓欄【上記期間における傷病の主症状及び経過概況】

できるだけ詳しく記入してください。

手術をした場合は、名称と年月日を記入してください。