

傷病手当金請求書 (第 回)

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|-----------------------------|
| 健康保険の | 記号 | 番号 | 生年月日 | | |
| | 11 | 123456 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 |
| 氏名 日特 太郎 | | | 電話番号 (日中の連絡先) | (1 2 3) 4 5 6 - 7 8 9 1 | |
| 住所 | (〒123-4567) 愛知県中区〇〇1-1-1 | | 医師の同意欄と同じ日付 | | |
| 傷病名 | 1) | 傷病名を記入 | 労務に服することができなかった期間 | 令和 6 年 4 月 1 日 | |
| | 2) | | | 令和 6 年 4 月 30 日 | |
| | 3) | | 発病または負傷の年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 発病または負傷の原因 | | 原因をわかる範囲で記入、わからない場合は不詳と記入してください | | 第三者行為によるものですか? はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 被 保 険 者 が 記 入 す る こ と を し て く だ さ い | 年金受給状況 (老齢厚生年金及び、障害厚生年金の受給状況について) | | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請予定又は申請中 ※「有り」の場合→年金の種類 () 年金証書及び直近の振込み通知書の写しを一緒に添付してください。 | | |
| | 年金を受給している場合は、「傷病手当金」を受給していますか。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 → 「障害厚生年金」 <input type="checkbox"/> 「障害手当金」 () | | |
| | 年金受給している場合は、傷病名を記入してください。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 → 年金の種類 () 年額 (円) 年金証書及び直近の振り込み通知書の写しを一緒に添付してください。 | | |
| | 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"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」または「労災請求中」の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください。 → (労働基準監督署) | | |
| 上記のとおり請求いたします。 また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。 | | | | | |
| 会社名 日本特殊陶業株式会社 | | | 令和 6 年 6 月 1 日 ↑ 提出日を記入 | | |
| 所属 お勤めの所属名を記入 (休職中の場合は「私傷病休職」と記入) | | | | | |
| 被保険者氏名 日特 太郎 | | | 署名もれにご注意ください | | |
| 日本特殊陶業健康保険組合 御中 | | | | | |

該当に☑をしてください。
 年金を受給している場合は、(障害厚生年金等の場合は傷病名をご記入のうえ)年金額がわかる書類(年金証書の写し及び直近の年金額を証明する書類の写し)を添付して下さい。

注意) 労務不能期間は毎月末日で締め切ってください。また、医師の証明と事業主証明を必ず受けてください。
 ・締切は毎月20日(事業主証明後の健保着日)、翌月の給与(任継・資格喪失者は翌月末)に振込みます。

| | | | | | |
|------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 健保記入欄 | | | | | |
| 受付 | 1回目待期間 | 年 月 日 | 年 月 日 | 支給開始日 | 年 月 日 |
| 記入しないでください | | | | | |

※「日特健保プラハポリシー」に基づき、個人情報をも目的外には使用しません。

R7.3

※医師の証明をもらってください。

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 傷病名 | |
| 発病または負傷の原因 | |
| 発病または負傷の年月日 令和 年 月 日 | |
| 療養の給付を開始した年月日 令和 年 月 日 | |
| 労務不能と認めた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 |
| 上の期間に入院した 期間がある時はその期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 |
| 傷病の主状態および経過概要(詳しくご記入下さい) | |
| 療養を担当した医師の意見書 | |
| 上記のとおり相違ありません。 証明日 令和 年 月 日 | |
| 所在地 _____ | |
| 医療機関名称 _____ | |
| 氏 名 _____ | |
| 電話番号 () _____ | |

医師の証明を
受けてください

【提出前にお読みください】

- 表面の「労務に服することができなかった期間」については、毎月1日から月末までとし、通院先を月の途中に変わられた時は、その都度医師の証明をもらってください。

| | | |
|---------------|------------------------|-----------|
| 資格喪失後の銀行振込依頼欄 | 下記の口座に振込下さるようお願いいたします。 | |
| | フリガナ | |
| | 振込先 | 銀行 支店 |
| | 口座 | 普通 当座 No. |
| | フリガナ | |
| | 口座名義人 | |

退職後の申請の場合
必ずこちらもご記入ください

※事業主証明をもらってください。

傷病手当金請求書 (事業主記入用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日から | | | | | | | | | | | 左の期間中支払う報酬 | あり・なし | | | | |
| | 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記間内訳 | (出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、私傷病は×で、それぞれ表示してください。) | | | | | | | | | | | 左記の事由による出勤・有給の計日数 | | | | | |
| 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 出勤 | 日 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 有給 |
| 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 出勤 | 日 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 有給 |
| 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 出勤 | 日 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 有給 |
| 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 出勤 | 日 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 有給 |
| 上の期間中報酬を全部または一部支給した(する)場合はその内訳を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主が証明するところ | 区分 | 月 日分~ | 月 日分~ | 月 日分~ | 月 日分~ | 月 日分~ | 月 日分~ |
| | 支給額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 退職手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 交通費 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 合計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 休職・復職状況を下記に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 休職開始日 | 令和 年 月 日~ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 復職日 | 令和 年 月 日~ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当部署名 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |