

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

| | | | | | | | |
|--|---|--|------------------|--|------------------------------|-------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者等 記号番号 | 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇 | 被保険者 資格取得日 | 年 月 日 2 0 1 4 0 4 0 1 | 被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合) | 年 月 日 | |
| | 被保険者 (請求者) 氏名 | フリガナ ケンポ タロウ 健 保 太 郎 | | 被保険者 (請求者) 住 所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 | | |
| | 生年月日 | 昭和51 年 7 月 31 日 | | 電話 | 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | |
| | 事業所名 及び部署 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 △△△部 | | 電話 | 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 (〇〇〇) | | |
| | 傷 病 名 | 右足複雑骨折 | | 発病又は 負傷年月日 | 年 月 日 2 0 2 1 1 2 0 6 | | |
| | 発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく | 旅行先でトレッキング中に、木の根に足を挟んだ | | 第三者の行為に よるものですか | いいえ・はい | | |
| | 傷病又は 負傷で療養 するため 休んだ期間 | 2021 年 12 月 7 日 から 2021 年 12 月 31 日 まで | | 25日間 | | | |
| | うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか | 現在まで | 受けた・ 受けない | 将 来 | 受けられる・ 受けられない | | |
| | 報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、 その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる) 期間 | 平成・令和 | 年 月 日 | 申請書は月毎に記入してください。 (複数月分をまとめてご記入されますと、給付 までに時間を要する場合がございます。) | | | |
| | 障害厚生年金又は障害手当金受給 の有無 | 有・ 無 ・請求中 | 基礎年金番号 | | | | |
| 受給病名 | | | 障害厚生年金、 手当金の額 | 円 | | | |
| 任意継続被保険者 ・資格喪失者の方 | 老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無 | 年金コード | | 年金額 | | | |
| | 有・無・請求中 | | | 円 | | | |
| 無職無収入 の証明 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 日間 | 無職無収入でありました。 | | | |

| | | | |
|----------------------------|----------------------|-------|----------|
| 支 払 金 融 機 関 | 三井住友 銀行 飯田橋 本店 | 支店番号 | 口座番号 |
| | 〇〇〇 | 普通・当座 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 名義人(フリガナ) ケンポ タロウ | | |

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

| | | | | | |
|-----------------------|--|------------------|---------|------------------|----|
| 組 合 使 用 欄 | 支給 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 日間 | | |
| | <input type="checkbox"/> 12月間以上 <input type="checkbox"/> 12月間未満 | 被保険者平均 標準報酬月額 | 千円 | 健保組合平均 標準報酬月額 | 千円 |
| | 支給日額 () 円 | 支給日数 () 日間 | = () 円 | 支給額 | 円 |

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合理事長 殿

社会保険労務士の提出代行記載欄

| |
|--|
| |
|--|

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

| | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---------|---------|--------------------------|-------|
| 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 | 給与の締日 及び 支払日 日締 日払 | |
| | うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係 | 報酬を全額又は一部 支給した(する) 場合 | 支給期間 | 支給額 | 日額 | 支払日 |
| | | 現在まで又は将来も 支給しない場合 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 〇〇〇の報酬は、現仕までも又将来も支給しません。 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | 年 月 日 |
| 事業主 | 所在地 | 名 称 | 氏 名 | 電 話 | | |

事業主の証明欄

| | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------|-----|------------------|--------------------------|
| 療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ | 傷 病 名 | | | | |
| | 発 病 又 は 負 傷 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | 療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 | | | | |
| | 労 務 不 能 と 認 め た 期 間 | 左の期間中の 診療実日数 | 日間 | | |
| | 傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要 | | | | |
| う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 日間 | 入 院 の 費 用 の 別 | 健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | 年 月 日 |
| 医 師 | 所在地 | 医療機関名 | 氏 名 | 電 話 | |

医師証明日は、「傷病又は負傷で療養するため休んだ期間」の最終日以降の日付を記入してもらって下さい。
上記のケースであれば、「傷病又は負傷で療養するため休んだ期間」の最終日が12月31日のため、医師の証明日は12月31日以降の日付であることが必要です。

医師の証明欄

| | |
|---|-----------------------------------|
| 備 考 欄 | 個人番号(被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません) |
| ※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点 | |