

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号	被保険者 資格取得日	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	年	月	日	
		番号									
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ					被保険者 (請求者) 住 所	〒			
	生年月日	年 月 日					電話 ()				
	事業所名 及び部署	(部署名)						電話 () (内線)			
	傷 病 名							発病又は 負傷年月日	年	月	日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく							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	年 月 日 から 年 月 日 まで 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			年 月 日から 年 月 日まで の日分として 円							
	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	銀 行 庫		本 店 支 店
	支店番号	普通・当座	口座番号
	名義人(フリガナ)		

※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					
	☐ 12月間以上 ☐ 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
			年 月 日から 年 月 日まで			
			年 月 日から 年 月 日まで			
			年 月 日から 年 月 日まで			
			年 月 日から 年 月 日まで			
		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	の分の報酬は、現在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					
	所在地					
	事業主					
名 称 氏 名 電 話						

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		年 月 日から 年 月 日まで	日間	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					
	所 在 地					
	医 師 医療機関名 氏 名 電 話					

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	