

# 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	被保険者証の記号番号	記号 番号	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			
	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					年間 無職無収入でありました。					

支払金融機関	銀行	本店
	支店番号	支店
	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
	<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				
		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 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(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)	
	<p>※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。</p> <p>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</p> <p>・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</p>	