健康保険　傷病手当金支給申請書（第　　回）

被保険者（申請者）の記入欄

① 被保険者等記号・番号	（記号）　　（番号） －			② 事業所名	
被保険者（申請者）の ③ 氏名及び生年月日	（カナ） 昭和 平成　　年　　月　　日 令和	④住所	〒　　－ TEL　　（　　）		
		⑤ 仕事の具体的な内容			
⑥傷病名	1） 2） 3）	⑦ 発病または負傷年月日	1）　年　月　日 2）　年　月　日 3）　年　月　日	⑧ 発病または負傷の原因	1） 2） 3）
⑨ 第三者の行為が原因で	ある ・ ない 「ある」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください	⑨で「ある」と答えた場合は第三者の	⑩氏名	⑪住所	TEL　　（　　）
⑫ 療養のため休んだ期間（申請期間）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	⑬ 休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受けない	⑭ ⑬で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額	年　月　日から 年　月　日まで 円
⑮ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。また、「はい」または「請求中」の場合、受給の要因となる傷病名をご記入ください。	障害厚生年金　□はい　□いいえ　□請求中　傷病名（　　） 障害手当金　□はい　□いいえ　□請求中　傷病名（　　）				

	基礎年金番号（障害厚生年金）	年金コード（障害厚生年金）	支給開始年月日	年金・手当金額
⑯ ⑮で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金・手当金額を記入してください。（「申請中」の場合は、基礎年金番号のみ記入）			年　月　日	円
⑰ 資格喪失後、継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	□はい　□いいえ　□請求中			
	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
⑱ ⑰で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金・手当金額を記入してください。（「申請中」の場合は、基礎年金番号のみ記入）			年　月　日	円
⑲ 労災保険から休業（補償）給付を受給している期間の傷病手当金の請求ですか。また、「はい」または「請求中」と答えた場合、請求先の労働基準監督署名を記入してください。	□はい　□いいえ　□請求中　請求先：（　　）労働基準監督署			
⑳ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名	

㉑ 振込口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用しますか 注1：公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します 注2：受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません		□はい（口座情報の記入は不要） □いいえ（口座情報の記入が必要）		
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(カナ)	(カナ)	普通 その他（　　）		(カナ)
㉒ 備考		※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。			

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者（申請者）名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受付年月日

受取代理人の欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

代理人　委任者との関係（　　）　住所　電話（　　）　氏名

◎ 添付書類（申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります）

1. 初回申請時は、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写し
2. ⑮⑰の給付を受給している方は、「年金証書及び裁定通知書の写し」及び「直近の(年金）振込通知書等の写し」
3. ⑲の給付を受給している方は、「休業（補償）給付支給決定通知書の写し」

大阪紙商健康保険組合

事業主の証明欄

労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	ただし　は出勤 ただし　は有給	左の期間に報酬を支給しましたか（します）か　はい ・ いいえ
職場復帰しましたか	ア. 欠勤中 イ.　月　日から出勤 ウ.　月　日で退職		

勤務状況	出勤は「○」 欠勤は「×」 有給は「有」 休日は「休」	年　月 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	報酬計算	締切日 日
		年　月 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		支払日 当月 翌月　日
		年　月 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		
報酬支給形態	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の支給方法（欠勤控除方法）について、具体的に記入してください		

上記の期間中における報酬（今後支払う予定の報酬も含む）について、締切毎に記入してください。

		基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円
支給額	月　日～月　日	円	円	円	円	円	円	円
	月　日～月　日	円	円	円	円	円	円	円
	月　日～月　日	円	円	円	円	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話（　　）

医師等（療養担当者）の意見欄

患者氏名					
傷病名	1） 2） 3）	診療開始年月日	1）　年　月　日 2）　年　月　日 3）　年　月　日	発病または負傷の年月日	1）　年　月　日 2）　年　月　日 3）　年　月　日
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	発病または負傷の原因			
上記の期間のうち入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	転帰	治癒（　月　日）　繰越　中止　転医		

診療実日数	日	診療日を○で囲んでください	月 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 月 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 月 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

・ 労務不能と認めた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等

・ 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

就労可能見込年月日　年　月　日

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	年　月　日
	人工臓器等の種類	ア. 人工透析　イ. 人工肛門　ウ. 人工関節　エ. 人工骨頭　オ. 心臓ペースメーカー　カ. その他（　　）

上記のとおり相違ありません　令和　年　月　日

医療機関等所在地

医療機関等名称

医師氏名　　電話（　　）

2024. 12