

見 本

(第 回) 傷病手当金支給申請書

常務理事	事務長	係	同年月日	No.	右のとおり支給して よろしいか	支 給 額		
						_____ 円		
傷 病 手 当 金	自 至	・ 日 間	日 額 (円)	支 給 率	控 除 額	日 数	円	計
		・	(×)	(-)	(×)	=	} 円	
		・	(×)	(-)	(×)	=		
	・	(×)	(-)	(×)	=			
控除額計算 その他	～ 待 期 期 間							
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	標準報酬月額	直近	千円、支給算定額	千円			

A・Bいずれか一方を記入				★個人番号記載時の注意						
A 被保険者 記号-番号	2 1 - 1 8 1			①保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号は記載不要です。						
B 個人番号 (マイナンバー)				②個人番号を記載しようとする場合は、個人番号を記載する前にお勤めの会社の証明を受けてください。						
氏名	健保 五郎		業務の種類	運転			③申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口を持参するか、書留郵便等で送付してください。			
事業所名	健保交通		所属名	桃山運転区			なお申請書について番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）をお持ちください。送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。			
傷病名	左足首ねんざ			発病又は 負傷の日	平・令 2 年 5 月 1 日					
発病又は負傷の原因	登山中に急な坂を駆け下りた際に転倒									
労務に服する事ができなかった期間	平・令 2 年 5 月 2 日より平・令 2 8 年 5 月 2 5 日まで 2 4 日間									
上記の期間中に報酬の全部又は一部を受け得る時はその報酬の月額	日給	月給 ¥ 7 0 , 0 0 0		介護保険で介護サービスを受けている時は介護保険の被保険者証の	被保険者番号		保険者番号		保険者名	
障害年金、障害手当金、老齢厚生年金等を受けている時、又は受ける事ができる時	年金受給の有無	1.有り 2.無し 3.申請中			年金額					
	年金の種類	1.障害年金 2.障害手当金 3.老齢厚生年金等			年金を受けることになった日					
	障害年金支給事由となった傷病名				年金証書の記号・番号					

(本欄は、京阪ホールディングス社・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)
上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、その受領を委任します。

平・令 2 年 6 月 1 0 日 被保険者氏名 健保 五郎

任意継続被保険者・継続給付の方のみ記入 傷病手当金を振り込む口座を書いてください

振込先 _____ 銀行/信用金庫 _____ 支店

普通・当座 口座番号 _____ 名義人 (カタカナ) _____

全員記入 領 収 書

上記のとおり領収しました。

平・令 年 月 日 受取人氏名 健保 五郎

記載不要

健保受付印

