

(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	・	日額 (円)	支給率	控除額	日数	円	}	計
	至	・	(× -) × =						
		・	(× -) × =						
		日間	(× -) × =						
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 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。 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。 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。 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。
A 被保険者 記号-番号	—				
B 個人番号 (マイナンバー)					
氏名	業務の種類				
事業所名	所属名				

傷病名		発病又は 負傷の日	平・令 年 月 日
-----	--	--------------	-----------

発病又は負傷の原因	
-----------	--

労務に服する事ができなかった期間	平・令 年 月 日より平・令 年 月 日まで 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		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	
	月給	¥ _____		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		
	年金の種類別	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 年 月 日 被保険者氏名 _____

任意継続被保険者・継続給付の方のみ記入

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 _____



療養を担当した医師の意見	傷病名		
	発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の日	平・令 年 月 日	療養の給付を開始した日 平・令 年 月 日
	労務不能と認めた期間	平・令 年 月 日より 平・令 年 月 日まで (日間)	(この期間中の実診療日数) 日
	傷病の主症状及び経過の概要		
	支給決定上の参考事項		
	上記のとおり相違ありません。 平・令 年 月 日 保険医の住所 _____ 氏名 _____		

事業主の証明	労務に服さなかった期間	記入内容		出勤：○	有給：△	公休：公	欠勤：／			
	(自) 平・令 年 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					計	出勤	有給
	(至) 平・令 年 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				日		日	
	日間	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							
		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							
	上記期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合または支給する場合		自 年 月 日	至 年 月 日	日間		円			
			自 年 月 日	至 年 月 日	日間		円			
		自 年 月 日	至 年 月 日	日間		円				
		自 年 月 日	至 年 月 日	日間		円				
現在までもはまたは将来も支給しない場合はその旨										
所在地										
名称										
代表者名										

※記入について

(被保険者)

1. 太枠の中は被保険者が必ず記入して下さい。
2. 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受けられているか、申請されている場合は、その証書の写し及び直近の額がわかる書類を添付して下さい。
3. この申請は長期になる場合、およそ1ヶ月単位で提出して下さい。

(事業主)

1. 報酬の額が「労務に服さなかった期間」の途中から半額又は無給になる場合はその旨を記載して下さい。
2. 半額・無給期間において支給した手当等についても記載してください(月単位で支給する通勤手当・住居手当等)

(医師の方へ)

1. 「療養の給付を開始した年月日」は、初診日ではなくその傷病について健康保険による療養を始めた日を記載するものですから、被保険者証の療養給付記録欄などを見て記載して下さい。
2. 「傷病の主症状及び経過の概要」欄には、できるだけ詳しく記載して下さい。特に、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、又結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。
3. 「左記の期間中の実診療日数」を必ず記載して下さい。

(共通の注意事項)

1. 訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。
2. 印はハッキリと押し、印漏れのないようにして下さい。
3. 期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。例えば6月13日から6月19日までは、7日間となります。