

(注意事項) 記入は必ずボールペン等でご記入ください。(鉛筆、消せるボールペン等不可)

【被保険者が記入する欄】

- ① 保険証に記載されている「記号」と「番号」を記入してください。
- ② ③④被保険者の氏名・生年月日・現住所・電話番号を記入してください。
- ⑤ 保険証に記載の「資格取得年月日」を記入してください。
- ⑥ 標準報酬月額が分からない場合は、事業主担当者にご確認ください。
- ⑦ 所属している事業所(勤務先の会社)の名称を記入してください。
- ⑧ 被保険者の業務の種別について簡潔に記入してください。(例:営業、事務、農業、配送)
- ⑨ 担当医師から告げられた傷病名を記入してください。
- ⑩ 今回の傷病手当金の対象となる傷病の発病あるいは負傷した年月日を記入してください。
- ⑪ 発病・負傷の原因を簡潔に記入してください。原因が外傷や第三者行為等による場合は「傷病原因届」を添付してください。労災の可能性がある場合は「確認書」の提出をお願いすることがあります。
- ⑫ 「労務に服することができなかった期間」を記入してください。
療養担当医が「労務不能と認めた期間」と一致している必要があります。
またこの期間に少なくとも1回は担当医の診察を受けている必要があります。
- ⑬ ⑫の期間に給与等が支給されていた場合は、支給対象となった期間を記入してください。
- ⑭ 介護保険法によるサービスを受けたときは、記入してください。
- ⑮～⑰障害厚生年金・老齢年金等の年金を受給している場合は年金番号、年額を記入してください。

【受取代理人の欄】

申請日を記入し、被保険者(申請者)の自筆の署名をしてください。

代理人欄は事業主が記入する欄で申請者は記入不要です。

【振込金融機関の欄】

被保険者が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

【事業主が証明する欄】

労務に服さなかった期間やその期間の報酬の有無を事業主(勤務先の会社)が証明する欄です。

⑳現在までも、また将来も支給しないと記載してください。

【療養を担当した医師が意見を記入する欄】

- ㉑以降申請者本人は記入不要です。(記入できません)担当医に記入してもらってください。
- ㉒「療養の給付を開始した年月日」には療養担当医が初回に診察した年月日(初診日)を記入してください。
- ㉓労務不能と認めた期間には実績を記入してください。申請日以降の未来の証明日は原則不可です。
- ㉔「診療実日数」欄には今回請求の期間に診療した日数を記入します。「0日間」は原則不可です。また空欄も受付できません。「転帰」欄には今回の労務不能期間後の状態を必ず記入してください。
- ㉕「医療機関 住所・名称」の記載についてはゴム印の押印にてお願いいたします。
申請日以降の証明日は原則不可です。

【その他共通する注意事項】

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ください。

印はハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。

※第一回目の申請であるときは、賃金台帳・出勤簿の照合をいたしますので、必ずご提示ください。(給与計算の記載をお願いします。)
なお、写しを提出されても結構です。(②の期間にかかる通勤手当を以前支給している場合は、支給した月の賃金台帳も必ず添付してください。)

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金支給申請書 (第 回)

被保険者の情報欄: ① 被保険者証の記号・番号, ② 被保険者のフリガナ, ③ 生年月日, ④ 被保険者の現住所, ⑤ 被保険者の資格取得日, ⑥ 被保険者の標準報酬月額, ⑦ 事業所の名称, ⑧ あなたの仕事の内容, ⑨ 傷病名, ⑩ 発病または負傷年月日, ⑪ 発病または負傷の原因, ⑫ 療養のために休んだ期間, ⑬ ⑫に記入した期間分の報酬を受けましたか, ⑭ 介護保険法によるサービスを受けた時, ⑮ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について, ⑯ 上記⑮で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について, ⑰ 老齢年金について

受取代理人の情報欄: ⑱ 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者(申請者)の住所・氏名, 代理人(実際に給付金を受領する者)の住所・氏名, 委任者と代理人との関係

振込金融機関の欄: (A) キャッシュレス口座, (B) 公金受取口座, (C) 金融機関名, 口座番号, 口座名義

社会保険労務士 提出代行者

受付日付印

事業主が証明する欄: ⑲ 労務に服さなかった期間, ⑳ 出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。㉑ 上に書いた期間中の分として報酬を[全額支給]した場合は、または支給する場合は、または支給する場合は、または支給する場合は、 ㉒ 現在までも、また将来も支給しない場合はその旨

療養を担当した医師の意見欄: ㉓ 患者氏名, ㉔ 発病または負傷の年月日, ㉕ 発病または負傷の原因, ㉖ 傷病名, ㉗ 療養の給付開始年月日, ㉘ 労務不能と認められた期間, ㉙ ⑳の期間中の入院期間, ㉚ 療養費用の別, ㉛ 診療実日数, ㉜ ⑲・㉔の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」など(詳しく)

※療養を担当した医師の方へのお願い ㉜の労務不能と認められた期間については未来日は記入しないでください。 ※証明日以前の期間を記入してください。 証明内容を訂正される場合は、訂正者の氏名(医師名)と訂正日を記入してください。

岡谷鋼機健康保険組合