

傷病手当金支給申請書 (第 回)

保存期間：5年間(会計年度)

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	1 被保険者証の 記号・番号	—	2 氏 名	
	3 被保険者住所 連絡先電話番号	(〒 —)	電話	()
	4 所属事業所名		5 生年月日	年 月 日 (歳)
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します ※事業所所属の方はチェックをお願いします			

申 請 内 容	6 仕事の内容				
	7 傷 病 名				
	8 発病または 負傷年月日	年 月 日			
	9 傷病の原因につ いて	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故	※労災に該当する場合は申請できません ※第三者行為・交通事故の場合は別途提出書類があります		
	10 発病または負傷 の原因	※ <u>第一回目の請求の場合は必ず記入して下さい。</u> (1)いつ 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃 (2)どこで 自宅・事務所・現場・通勤途中・外出場所(私用・仕事) (2)は該当項目に○をしてください。 どんな用事で何をしている時 [] 発病または負傷の原因 []			
	11 申請期間 (連続3 日未満は申請不可)	年 月 日 ~	年 月 日	日数	日間
	12 障害・老齢年金等を 受給している場合 *年金証書・最新の振込 ハガキの写しを必ず 添付	受給開始年月	年 月	障害・老齢年金の種類	年金
	基礎年金番号		年金証書のコード		
	年 金 額	円/年	障害年金受給の対象となった傷病名		
13 受取金融機関 *被保険者名義のみ可	銀行コード []	銀行 信金 信組 農協	支店コード []	本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		口座名義 (カナ)		

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委 任 状	14 被保険者欄 *13欄に記入がある 場合は記入不要	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 被保険者の (申請者) 氏名
	15 代理人欄 *13欄に記入がある 場合は記入不要	住所 〒 事業主の 氏名

健康保険 傷病手当金支給申請書

療養を担当した医師が意見を記入するところ	1 患者氏名						
	2 傷病名	(1)	3 初診年月日	(1)	年	月	日
		(2)	左記の傷病に対しての初診年月日をご記入ください	(2)	年	月	日
		(3)		(3)	年	月	日
	4 発病または負傷の原因						
	5 発病または負傷の年月日	年	月	日	6 療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
	7 労務不能と認めた期間	年 月 日 から		計 日間			
	8 7欄の期間の診療実日数	日間	9 上記7の期間中入院した場合	年	月	日から	
				年	月	日まで	日間
	10 上記期間中における「主たる症状及び経過」「治癒内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）						
	11 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（詳しく）						
	12 上記のとおり相違ありません。			証明日	年	月	日
住所(所在地)	〒						
医療機関名							
医師の氏名			電話	()			

※訂正された場合には、二重線と主治医のサインを記入してください。

東京瓦斯健康保険組合					
常務理事		事務長		担当者	

事業所名					
					扱者

1 労務に服さなかった期間について…出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／ でそれぞれ表示して下さい。 *勤務表(出勤簿)等の写しの添付をお願いします。

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
公休日について	無給						有給						一日あたりの賃金						円/日												

2 1欄の期間中において、報酬の全部または一部を支給しもしくは支給すべき金額

基本給	年	月	日	～	年	月	日迄の	ヶ月日間	円
通勤手当(電車)	年	月	日	～	年	月	日迄の	ヶ月日間	円
通勤手当(バス)	年	月	日	～	年	月	日迄の	ヶ月日間	円
() 手当 □	年	月	日	～	年	月	日迄の	ヶ月日間	円
() 手当 □	年	月	日	～	年	月	日迄の	ヶ月日間	円
() 手当 □	年	月	日	～	年	月	日迄の	ヶ月日間	円

3 上記のとおり(業務災害でない事を含め)相違ないことを証明します。 年 月 日

住所 〒

氏名 電話 ()

資格取得日	年	月	日	通 番		
資格喪失日	年	月	日	関連通番		
平均標準報酬月額	円			標準報酬日額	円	
傷手支給開始年月日	年	月	日	満了日・不支給決定日		
健康保険調整	基本給	① / ~ / 迄(うち 日間)	減額計算	円× 日=	円	
		円×1/ = 円				
	障害・老齢年金	円×1/360 = 円	減額計算	円× 日=	円	
	通勤手当	円×1/ = 円	減額計算	円× 日=	円	
	通勤手当	円×1/ = 円	減額計算	円× 日=	円	
	業務手当	円×1/ = 円	減額計算	円× 日=	円	
		円×1/ = 円	減額計算	円× 日=	円	
調整額日計	円		調整額月計	円		
算出基礎	区分(支給率)	日額	日数	算出額	調整後給付日額	支給額
	①法定給付(2/3)	円	日	円	円	円
	②付加給付(③-①)	円	日	円	円	円
	③合計(81.7/100)	円	日	円	円	円

社労士事務所提出代行者	
-------------	--