

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

※年金を受けている方は、現在受けている年金額が確認できる書類の写しを添付してください。 ※保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

被保険者が記入する欄	保 険 証	記号		番号		被保険者(請求者)氏名		印
	被保険者(請求者)住所	(〒 -)						
	資格取得年月日	年 月 日			資格喪失年月日	令和 年 月 日 (Tel - -)		
	病気やけがのため仕事を休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間						
	傷 病 名				発病・負傷年月日	年 月 日		
	老齢・退職・障害年金、障害手当金を受けて	いる ・ いない ・ 申請中			備 考 欄			

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間(休日を含む)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間																			
	就労状況 (欠勤は○、有給は△、出勤は×で表示)	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
		年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	労務に服さなかった期間中の報酬について記入してください。(給料の締切単位に記入)																				
	給料締切日	日	計算期日				月 日～ 月 日				月 日～ 月 日										
	給料支払日	日	基 本 給 1ヶ月 円				円				円										
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印																				

医師が意見を記入する欄	傷 病 名	発病・負傷の原因					
		発病・負傷年月日	令和 年 月 日				
		療養開始年月日	令和 年 月 日				
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				期間中の診療実日数	日
	主症状および経過概要						
上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関所在地 名 称 医師氏名 印							

上記のとおり請求いたします。 愛知紙商健康保険組合理事長 殿

委任状	この給付金の受領を委任します。	
	受任者住所 事業所名 氏 名	印 被保険者(請求者)氏名 印

健保組合処理欄	支給額	円	資格取得年月日	年 月 日	起案年月日	令和 年 月 日
		資格喪失年月日	令和 年 月 日	支給開始年月日	令和 年 月 日	
		標準報酬月額	千円	前回最終支給日	令和 年 月 日	
	支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	不支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		
	支給額 計算式 (2/3) 円 × 日 = 円		法108条 減額 計算式 調整前日額 円 - /30 = 調整後日額 円			