

傷病手当金支給申請書

(第 XX 回目)

注(1):①～⑩は被保険者(申請者)が記入するところです。①～⑩全ての項目に記入が必要です。

注(2):⑫の医師の印は不要です。

注(3):初回申請時は、別紙『同意書』と『傷病手当金状況証明書』の提出が必要です。ユアサ健康保険組合のホームページからダウンロードできます。

①	記号番号	XXXX - XXXX	②	申請者氏名	OO OO	③	生年月日年齢	XXXX年 XX月 XX日 XX歳		
④	事業所名(会社名)	OOO株式会社		⑤	申請者の業務内容	営業		⑥	資格取得日	XXXX年 XX月 XX日
⑦	傷病名	骨折					⑧	発病又は負傷の年月日	XXXX年 XX月 XX日	
⑨	発病又は負傷の原因	休日に自治体のマラソン大会に参加した際、滑って転倒し、右大腿骨を骨折した。				⑩	第三者行為によるものですか	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		
⑪	療養のために休んだ期間(申請期間)	XXXX年 XX月 XX日		～	XXXX年 XX月 XX日		XX	日間		
⑫	療養のために休んだ期間の傷病又は負傷の状態	状態	ボルトを入れる接合手術を受けた。							
		医師からの指示	歩行訓練するよう指示を受けた。							
⑬	障害基礎年金又は障害厚生年金等について(該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 受給資格無し・受給中(年 月受給開始)・請求中(年 月頃申請)・未請求 <small>「障害基礎年金」「障害厚生年金」等を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。</small>								
	⑬で受給中・請求中に○をされた場合、受給の要因となった傷病名	基礎年金番号	-		年金額(年額)	円				
⑭	老齢基礎年金および老齢厚生年金について(該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 受給資格無し・受給中(年 月受給開始)・請求中(年 月頃申請)・未請求 <small>「老齢基礎年金」「老齢厚生年金」を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。</small>								
	基礎年金番号	-		年金額(年額)	円					
⑮	傷病手当金の振込先(ゆうちょ銀行不可)	000	<input checked="" type="radio"/> 銀行	00	<input checked="" type="radio"/> 支店	普通・当座	口座番号	71がナ	000 000	
			金庫組合		出張所営業部		XXXXXX	口座名義	00 00	
⑯	ユアサ健康保険組合理事長 殿				記入日		年 月 日			
	上記のとおり申請します。				住所 〒		XXXX-XXXX 0000XX-XX			
		被保険者の氏名		OO OO		<input checked="" type="checkbox"/>				
		TEL		XX-XXXX-XXXX						

健 保 記 入 欄	標準報酬月額	備 考	確認印	受付印
	円 × ヶ月			
	円 × ヶ月			
	円 × ヶ月			
	支給決定額			
円	年 月 日資格喪失			

傷病手当金支給申請書

R5改定 2/2
事業主・医師記入

(第 XX 回目)

申請者が記入するところ	⑰	記号-番号	XXXX - XXXX	⑱	申請者氏名	OO OO
-------------	---	-------	-------------	---	-------	-------

事業主が証明するところ	⑲	労務に服さなかった期間	年	月	日	～	年	月	日	日間				
	⑳	上記期間中の報酬	年	月	日	～		円	㉑	復職状況	(1) 未定	(2) 年 月 日復職	(3) その他()	予定済
			年	月	日	～					円			
	㉓	証明日 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 事業主の名称 ㉔ TEL												

療養を担当した医師が意見を書くところ (印不要)	㉔	労務不能と認められた主たる傷病名	(1)		㉕	療養の給付を開始した年月日(初診日)	(1)	年	月	日																								
	(2)		(2)	年		月	日																											
	(3)		(3)	年		月	日																											
	㉖	労務不能と認められた期間	年	月	日	～	年	月	日	日間																								
	㉗	診療日数および診療日 (診療日に○)	月	日間	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
㉘	労務不能と認められた期間における「主たる症状および経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等 (詳しく)	主たる症状と経過、および治療内容、検査結果、療養指導 等 労務不能と認められた医学的な所見 等																																
㉙	上記期間中に入院期間がある場合はその期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	㉚	療養の費用区分(該当に○)	健保・自費・ 公費・その他																						
㉛	証明日 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名 TEL																																	

※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください