

### 傷病手当金支給申請書 (第 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):⑩の医師の印は不要です。

注(3):初回申請時は、別紙『同意書』と『健康保険資格取得・喪失日および給付金受給状況確認書』の添付が必要です。

①	記号 番号	-	②	申請者 氏名	③	生年 月日 年齢	年	月	日	歳
④	事業所名 (会社名)		⑤	申請者の 業務内容		⑥	資格 取得日	年	月	日
⑦	傷病名					⑧	発病又は 負傷の 年月日	年	月	日
⑨	発病 又は 負傷 の原因					⑩	第三者行為に よるものですか	はい・いいえ		
⑪	療養のために 休んだ期間 (申請期間)		年	月	日	～	年	月	日	日間
⑫	療養のために休んだ 期間の傷病又は 負傷の状態	症状								
		医師から の指示								
⑬	障害基礎年金 又は 障害厚生年金等 について(該当に○)		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 「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。							
	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○)		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 「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。							
	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)	銀行 金庫 組合	支店 出張所 営業部	普通 ・ 当座	口座番号	フリガナ				
⑯	ユアサ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。		〒	住所	被保険者の 氏名	⑰	記入日	年	月	日
		TEL								

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 回目)

申請者が記入するところ	⑰ 記号-番号	-	⑱ 申請者氏名																														
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(月ごと)	年 月 日 ~										円 ㉑	復職状況	(1) 未定			予定 済																
		年 月 日 ~										円 ㉒		(2) 年 月 日復職																			
	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											㉕																				
		名 称																															
		事業主名																															
		TEL																															
療養を担当した医師が意見を書くところ (押印不要)	㉔ 労務不能と認めたる傷病名	(1)											㉖ 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 労務不能と認めたる期間	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	31
		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	31
		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	31
	㉘ 労務不能と認めたる期間における「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 ~										日間	㉚ 療養の費用区分(該当に○)	健保・自費・公費・その他																			
			年 月 日																														
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