

## 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『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	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	大腿骨骨折						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	銀行 金庫 組合	00	支店 出張所 営業部	普通 ・ 当座	口座番号	71がナ	000 000		
							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	0000
-------------	---------	-------------	---------	------

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 ~ 年 月 日 円	㉑ 復職状況 (1) 未定 (2) 年 月 日復職 予定済 (3) その他( )
		年 月 日 ~ 年 月 日 円	
	㉓ 上記のとおり相違ないことを証明します。	証明日 年 月 日	

所在地  
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 (印不要)	㉔ 労務不能と認められた主たる傷病名	(1) (2) (3)	㉕ 療養の給付を開始した年月日(初診日)	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (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 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 上記のとおり相違ないことを証明します。	証明日 年 月 日				

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