

<記入見本> 健康保険傷病手当金支給申請書(第○回)

回数が不明な場合は空白で結構です

3 生年月日 昭平 XX XX XX		4 被保険者 (フリガナ) アイフル タロウ アイフル 太郎	
業所(勤務先)の名称・所属名・連絡先 XXXXXX課 XXXXXX係 TEL: (000)-000-0000			
6 雇用の形態 7. 役員 4. 正社員 8. 嘱託 5. 契約社員		8 あなたのしていた仕事の内容	
9 発病時 ①いつ ②どこで ③どんな用 私用 ④原因で次にあてはまる場合がありますか【相手 7. 無 4. 有 (被害者・加害者)】 交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場の行事・職場の行事以外)・動物による負傷(飼主:有・無)			
10 傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間(申請期間) 令和 XX 年 XX 月 XX 日から 令和 XX 年 XX 月 XX 日まで			
11 傷病の原因は第三者行為によるものですか (※交通事故や暴力行為による負傷など)		はい いいえ	
12 傷病 13 障害 14 老齢 15 老齢 16 労災		はい いいえ 労災請求中	
17 アイフル健保に入る以前に同様の傷病で手当金を受けたことがありますか		はい いいえ	
18 被保険者住所 〒000-0000 0000000000000000		連絡先: (000)-000-0000	
19 受取代理人の欄 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者(申請者) 住所 令和 年 月 日 氏名 代理人の住所 氏名(フリガナ) 委任者と代理人との関係			
20 支払金融機関の欄 ※口座名義人は被保険者(請求者)本人又は代理人に限る。 XX 銀行 XXXX 本店 普通 〇〇〇〇〇〇 信用金庫 支店 当座 〇〇〇〇〇〇			

具体的に詳しくご記入ください  
9.の発病時の状況がはっきりしない場合は、判明した状況を余白にご記入ください

該当するものを○で囲んでください

雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。添付書類等については別紙に掲載しております。必ずご覧ください。

2 療養を担当した医師の意見欄	診始療した開日	(1) H・R 年 月 日	(2) H・R 年 月 日	(原因)	H・R 年 月 日	発病・負傷
	ア 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の診療実日数	日	
	イ 上記期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入院費の別	健保・自費 公費・その他	
	ウ 転帰	治ゆ 繰越 中止 転医	退院年月日	令和 年 月 日		
	エ 今後の見通し					
	オ 下記に該当する事項がありましたら、○印をつけてください。 1.人工透析 2.人工肛門 3.心臓ペースメーカー・人工弁 4.人工関節・人工骨頭 5.人工膀胱・尿管変更 6.その他 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: 〒	-		令和 年 月 日		
	名称			TEL ( )		
	担当医師氏名					

担当医に記入をご依頼ください

3 事業主の証	カ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	左の期間中の報酬について ・支給した ・支給する ・支給していない ・支給する ・支給しない
	給与の種類(○で囲んでください)	月 基本給 通勤手当・月額 (円) (円) (円) (円) (円) (円)	住宅手当 「 」 (円) (円)
	上記「カ 労務に服さなかった期間」中の報酬の支給方法について該当するものに○印をつけてください。 1. 基本給及び諸手当とも控除(一部)する。 3. 基本給は全額支給し、諸手当を控除(一部)する。 2. 基本給のみ控除(一部)し、諸手当を全額支給する。 4. その他(理由: )		
	カ欄の期間中における就労状況及び報酬の支払状況については別添の書類に記載 給付金と給与代替金の相殺を会社へ委任するとき(受取代理を希望されるとき)ご記入ください 令和 年 月 日		
	事業主の氏名	(担当者)	

記入不要

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号13桁ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください