

日揮健康保險組合 理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の	記号 番号	② 事 業 所 (会 社) の 名 称				
	③ 被 保 険 者 氏 名			④ 生 月 年 日	昭和 平成	年 月 日	
	⑤ 申 請 者 の 住 所	〒					
	⑥ 被 保 険 者 の 資 格 を取得した年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑦ 被 保 険 者 の 業 務 の 種 別			
	⑧ 発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	平成 令和	年 月 日	⑨ 傷 病 名			
	⑩ 発 病 の 状 態 または 負 傷 の 原 因 を 詳 し く				⑪ 第三者行為によるものですか		
				はい ・ いいえ			
	⑫ 疾病または負傷の治療を するために休んだ期間	令和	年 月 日 から	日間			
				令和	年 月 日 まで		
		(A) ⑫ に書いた期間の分の報酬（賃金） を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない				
	⑬ 報酬支払を受けたとき、または受けら れるときは、その報酬の額とその報酬 支払の基礎となった（なる）期間	令和	年 月 日 から	の分として 円			
			令和	年 月 日 まで			
	⑭ 障害厚生(基礎)年金 または障害手当金を 受けているとき、ま たは受けることが でき る と き	年 金 の 種 類	障害厚生(基礎)年金	障害手当金	年 金 額 (年 額)	円 年金の受給の原因と なった傷病名	
			年金を受け取ることとなった年月日		平成 令和	年 月 日	
	⑮ 任意継続被保険者 および資格喪失者 の方のみ、右欄を記 入してください	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい 申請中 いいえ		
		老齢(退職)年金の名称					
		受給開始年月日	平成 令和	年 月 日	年 金 額 (年 額)	円	

1. 当該傷病名に関連して、以前に傷病手当金を受給した、またはその可能性がある場合は、「傷病手当金支給申請に伴う疾病状況申告書」に必要事項を記入し、添付する。
2. ⑭欄および⑮欄で年金を受給している場合は、受給に関する支払通知書の写しを添付する。

事業所
担当者印

※ 受 付 日 付 印

傷病手当金支給申請書 (2/2)

事業主が記入するところ	⑯ 労働に服さな か っ た 期 間		令和 年 月 日 から 日間			
			令和 年 月 日 まで			
	⑰ 上記の 期間分 てう 払関係	⑰ 全 部 支 給 し た 場 合 ま た は 支 給 す る 場 合	令和 年 月 日 から	金 円	〔 日 額 金 円 〕	
			令和 年 月 日 まで	(月 日 支払)		
		⑱ 一 部 支 給 し た 場 合 ま た は 支 給 す る 場 合	令和 年 月 日 から	金 円	〔 日 額 金 円 〕	
			令和 年 月 日 まで	(月 日 支払)		
	⑲ 現在までもまた 将来も支給しない 場合は、その旨					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
住 所						
⑳ 事業主 氏 名						
電話 () ⑲						

(事業主への注意事項)

- ⑪欄の「全部支給」または「一部支給」とは1日当りの賃金の全部または一部の意味です。⑪欄の㉗と㉘にわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。⑪欄の㉗は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
- 被保険者の資格を喪失した日以降の期間にかかる請求であるときは、証明を行なう必要がありません。但し、資格喪失日以降に資格喪失日以前の期間について申請する場合は、事業主の証明が必要となります。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	⑱ 傷病名		⑳ 傷病が結核性であるか否か		結核性 ・ 非結核性						
	㉑ 発病の原因は										
	㉒ 発病の年月日		平成 令和	年	月	日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	平成 令和	年	月	日
	㉔ 労務不能と認めない期間		令和	年	月	日から	日間	㉕ 左の期間中の診療実日数	日間		
	㉖ 傷病の主状態および経過概要										
	㉗ 上記の㉖の期間中に入院した期間がある場合はその期間		令和	年	月	日から	日間	㉘ 入院の別費用	健保 ・ 自費 ・ 公費		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日										
住所 ㉙ 職名 () 氏 名 電話 ()											
印											

(医師への注意事項)

1. ㊦欄および㊧欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
2. ㊨欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載して下さい。
3. ㊩欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に手術した場合は手術の名称と手術の年月日を、また結核性の疾病については、検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。

委任状	本申請に基づく傷病手当金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。		令和	年	月	日
	被保険者 氏名	（事業主） 代理人 住所 氏名	印			印

(共通する注意事項)

1. 印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
2. 訂正したところには、各記載者の氏名にわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。
3. 各期間の計算は、該当する期間の初日と終日を入れて、間違いなく計算して下さい。
例えば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。