

傷病手当金支給申請書（第 回 目）

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

下記のとおり申請します。

平成 年 月 日 申請

同意書	
私は貴組合に対し傷病手当金を請求中ですが、この傷病手当金支給決定に際し、必要に応じて事業主、医療機関または他の関係する保険者等に照会することに同意します。 （なお、本書の写しについては、三岐しんきん健康保険組合の理事長印がある写しに限り有効とします。）	
氏名	印
《組合記入欄》この同意書の写しは、被保険者の同意書原本と相違ないことを証明する。 <div style="text-align: right;">三岐しんきん健康保険組合 理事長 印</div>	

被 保 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の氏名		印	生 年 月 日		
	記号	番号				昭和	年 月 日	
	被保険者(申請者)の住 所		〒 —					
	事業所の名称							
	資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者の業務の種別	標準報酬 月 額	千円
	傷 病 名					発病又は負傷 の年月日	昭和 平成	年 月 日
	発病又は負傷の原因					第三者行為によるものですか はい・いいえ		
	労務に服することが できなかった期間	平成	年	月	日	から	平成	年 月 日 まで 日間
	上記期間に報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときはその期間及び金額	平成	年	月	日	から	平成	年 月 日 まで 日間
		受けた報酬額				円	受けることができる報酬額	円
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		基礎年金番号				
	はい・請求中・いいえ					—		
	過去の傷病手当金の受給		傷 病 名 ①					
	ある・ない		受 給 期 間 ①	年	月	日から	年	月 日 まで 日間
	「ある」の場合、右欄に記入してください		健 保 の 名 称					
傷 病 名 ②								
受 給 期 間 ②			年	月	日から	年	月 日 まで 日間	
統資被 格保 喪失 者及 みび 記任 意継		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・請求中・いいえ		
		年 金 の 種 類		年		金 額		
						円		
						円		
		年 金 の 合 計 額		円				
本申請に基づく給付金に関する受領を ① に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 ①								
受領の委任をしないとき	振込希望金融機関名	信用金庫 店	口座番号			口座名義	ふりがな	

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日間				
	労務に服さなかった期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は、支給する場合	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	の分として	支給金額	円		
給与の種類・賃金計算	月給・日給・時間給・その他	締日	日	支払日	当月・翌月	日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 ㊟						

患者氏名							
療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名	①					
		②					
		③					
	発病または負傷の原因	①					
		②					
③							
発病または負傷した年月日	① 平成 年 月 日	診療開始年月日	① 平成 年 月 日				
	② 平成 年 月 日		② 平成 年 月 日				
	③ 平成 年 月 日		③ 平成 年 月 日				
労務不能と認められた期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日間	左の期間中の診療実日数			日間	
傷病の主な症状および経過概要	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) 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見						
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日		昭和・平成 年 月 日				
	人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー オ.人工透析 カ.その他 ()					
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 ㊟ 電話番号						

※所在地・名称等はできるだけゴム印を使用してください。

※ 初回及び復職時の申請には、申請期間とその期間前2ヶ月分の賃金台帳及び出勤簿写しを添付して下さい。
※ 障害年金受給者は年金証書の写し又は年金支払通知書の写しを添付して下さい。(いずれも直近のもの)