

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

◎記入箇所を修正する場合は、記入者の押印が必要です。(修正テープ等不可)

健康保険者証		事業所名	
記号	番号		
職種	事務・営業・製造 その他()	仕事内容	
基礎年金番号			
被保険者の (請求者) 氏名・印	フリガナ	生年月日	電話番号
(印)		昭和 平成	年 月 日
被保険者の (請求者) 住所	郵便番号	フリガナ	
傷病名及び 初診日	(1)	平・令 年 月 日	←これらの傷病の原因について <input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故
	(2)	平・令 年 月 日	
	(3)	平・令 年 月 日	
発病または負傷の状況について	①いつ 月 日(曜日) 午前・午後 時頃	②どこで	
	③何をしているとき		
療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
上記の「療養のため休んだ期間(申請期間)」における、療養状況について			
「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか	1、 はい 2、 請求中 3、 いいえ	「はい」または「請求中」と答えた場合、添付書類として「年金証書」の写、「支給開始年月を証明する書類及び、直筋の額を証明する書類」の写、受給事由となった傷病名のわかる書類(障害者手帳等)の写、を添付してください。	
「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった傷病名及び年金額をご記入ください。			
傷病名	年金額(年額)		円
【健康保険の資格喪失をした方はご記入ください】 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	1、 はい 2、 請求中 3、 いいえ	「はい」または「請求中」と答えた場合、添付書類として「年金証書」の写、「支給開始年月を証明する書類及び、直近の額を証明する書類」の写、を添付してください。	
「はい」または「請求中」と答えた場合、年金額をご記入ください		年金額(年額)	円
今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	1、 はい 2、 労災請求中 3、 いいえ	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、添付書類として「休業補償給付支給決定通知書」の写、を添付してください。	
振込先指定口座	金融機関名称	支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

受 付 日 付 印

