

# 健康保険 傷病手当金支給申請書(第 回)

●同意書は初回申請時のみ必要になります。

## 同意書

西日本パッケージング健康保険組合 理事長 様

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、西日本パッケージング健康保険組合が必要とする事項について、関係機関(事業主・医療機関・前加入保険者等)に対して照会を行い、回答を得ることに同意します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 ㊞

被 保 険 者 の 申 請 欄	① 被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	② 事業所名										
	被保険者(申請者)の	③ 氏名	④ 住所										
( )	⑤ 具体的な内容												
	⑥ 傷病名	⑦ 発病または負傷年月日	⑧ 発病または負傷の原因										
			⑨ 療養のため休んだ期間	⑩ 休んだ期間の報酬は									
の 記 入 欄	⑪ 「障害厚生(基礎)年金」または「障害手当金」を受給していますか。	はい ⇒ 障害厚生年金 障害基礎年金 障害手当金											
	⑫ 「はい」または「請求中」と答えた場合、年金の種類を○で囲み、受給要因となった傷病名、基礎年金番号、支給開始日、年金額をご記入ください。	請求中 ⇒ 受給要因となった傷病名( )											
	⑬ 「はい」または「請求中」と答えた場合、請求先の労働基準監督署名を記入してください。	はい 請求中 いいえ 請求先: ( ) 労働基準監督署											
	⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名									

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。

振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他( )		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	令和 年 月 日	委任者との関係 ( )								
	住所	住所								
	被保険者(申請者)氏名	代理人氏名	電話 ( )							

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

1. (初回申請時)療養のため休んだ期間及びその期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し
2. ⑪⑫の給付を受給している方は、「年金証書及び裁定通知書の写し」及び「直近の(年金)振込通知書等の写し」
3. ⑬の給付を受給している方は、「休業(補償)給付支給決定通知書の写し」

受付年月日

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号								
-------------------------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

事 業 主 の 証 明 欄	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	ただし 日間	は出勤は有給	左の期間に報酬を支給しました(します)か	はい・いいえ	職場復帰しましたか	ア. 欠勤中	イ. 月 日から出勤	ウ. 月 日まで退職
	勤務状況	出勤は「○」 欠勤は「×」 有給は「有」 休日は「休」	年 月	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	年 月	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	年 月	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	報酬計算	締切日
支 給 額	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について、具体的に記入してください								
	上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)のについて、締切毎に記入してください。									
基本給 手当 手当 手当 手当 手当 手当										
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額										
円 円 円 円 円 円 円										
円 円 円 円 円 円 円										
円 円 円 円 円 円 円										
円 円 円 円 円 円 円										
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日										
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊞ 電話 ( )										

医 師 等 の 担 当 者 の 意 見 欄	傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	診療開始年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	発病または負傷の年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
	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	発病または負傷の原因 転帰 治癒(月日) 繰越 中止 転医		
	上記の期間のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間			
	診療実日数	月 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 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	・ 労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等		
・ 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						
就労可能見込年月日 年 月 日						
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき						
		人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日			
		人工臓器等の種類	ア. 人工透析 イ. 人工虹膜 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他( )			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日						
医療機関等所在地 医療機関等名称 医師氏名 ㊞ 電話 ( )						