

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 ⑧	

被 保 険 者	① 被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名
	個人番号 (マイナンバー)	【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。		
保 険 者 (申 請 者)	③氏名	(フリガナ)	④住所	TEL ()
	⑤ 仕事の 具体的な 内容			
(申 請 者)	⑥ 傷病名	1) 年 月 日	⑦発病または 負傷年月日	⑧発病または 負傷の原因 <small>(第三者行為の場合 「負傷届」を提出してく ださい)</small>
		2) 年 月 日		2) 年 月 日
		3) 年 月 日		3) 年 月 日
欄	⑨ 療養のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑩ 休んだ 期間の 報酬は	受けた(る) ⇒ 受けた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 受けない 報酬額 円
	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」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。	はい ⇒ 障害厚生年金 障害基礎年金 障害手当金 請求中 ⇒ 受給要因となった傷病名() 基礎年金番号() いいえ 支給開始日(年 月 日) 年金額(年 円)		
記 入	⑫ 〈退職後の場合〉 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」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、支給額、年金額をご記入ください。	はい ⇒ 基礎年金番号() 請求中 ⇒ 支給開始日(年 月 日) 年金額(年 円) いいえ		
	⑬ 労災保険から休業(補償)給付を受給していますか。 「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		
欄	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

振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
	(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。	委任者との関係 ()
	令和 年 月 日	住所
	住所	代理人 電話 ()
	被保険者(申請者)氏名	氏名

◎ 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)

- 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
- ①②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

事 業 主	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 当月 翌月 日			
証 明 欄	報酬支給形態	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	
の 支 給 額	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	
	月 日	月 日	円	円	円	円	円	円	
		月 日	円	円	円	円	円	円	
		月 日	円	円	円	円	円	円	
		月 日	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 (欄)	傷病名	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	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		
	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	転 帰 治癒(月 日) 繰越 中止 転医		
療 養 担 当 者 (欄)	診療実日数	診療日を○で囲んでください	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					
の 意 見 欄	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき					
	人工臓器等の種類	ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他()	昭和・平成・令和	年	月	日
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 ()						