

傷病手当金支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	氏名・印	フリガナ	⑩ 自著の場合は押印を省略できます			
	現住所電話番号	(〒 -) 電話番号 ()						
	事業所名			あなたの仕事内容(具体的に)				
	資格取得日	平成 年 月 日		資格喪失日	平成 年 月 日			
	傷病名(ケガの場合は負傷原因届を併せてご提出ください)	(1)			初診日	平成 年 月 日		
		(2)				平成 年 月 日		
		(3)				平成 年 月 日		
	発病または負傷の原因	傷病は第三者の行為、交通事故・ケンカ等によるものですか? ※1					はい	いいえ
	療養のため休んだ期間(申請期間)	(平成) 年 月 日			から	日数	日間	
	障害厚生年金または障害手当金、 老齢厚生年金を受給していますか?	はい		必ず申請ごとに振込通知書(写)を添付してください ※初回の場合は年金証書(写)を添付してください				
裁定請求中		年金支給額が確定次第、年金証書(写)と 振込通知書(写)を提出してください						
障害年金・手当金受給の 要因となる傷病名								
いいえ								

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 農協 本店 本所 金庫 漁協 支店 支所 信組 その他() 出張所
	預金種別	1.普通 3.別段 口座番号 2.当座 4.通知
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください)。 左づめでご記入ください。
受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。平成 年 月 日 氏名・印 ⑩ 住所「被保険者が記入するところ」の住所と同じ 押印省略不可
	代理人(口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 氏名・印 ⑩

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

(添付書類) 初回申請時... 労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿のコピー

※1「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。健保組合にお問い合わせください。

ウラベ健康保険組合

受付日付印
