

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	フリガナ	
	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	昭和・平成・令和 年 月 日		資格喪失日	令和 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		令和 年 月 日
		(2)			令和 年 月 日
		(3)			令和 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			
	療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 から 日数 □ 日間			
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ			
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?	障害年金・手当金受給の要因となる傷病名 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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) _____ _____
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。 令和 年 月 日 氏名 住所「被保険者が記入するところ」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 氏名

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

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																		
	勤務状況	出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給	
	令和 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	日	日	
	令和 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	日	日	
	令和 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	日	日	
	上記の期間に対して、 賃金を支給しました(します)か？	<input type="checkbox"/> はい										給与の種類										<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給										賃金締日			
		<input type="checkbox"/> いいえ										<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給										<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他										日			
		上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																															賃金支払日		
																																	<input type="checkbox"/> 当月 日		
																																	<input type="checkbox"/> 翌月 日		
	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																														
		支給額	支給額	支給額																															
	基本給																																		
	通勤手当																																		
	住宅手当																																		
	扶養手当																																		
	手当																																		
	手当																																		
	現物給与																																		
	総支給額																																		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																															担当者 氏名			
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名																															電話 ()			

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																
	傷病名	(1)											療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	令和 年 月 日																		
		(2)												(2)	令和 年 月 日																		
		(3)												(3)	令和 年 月 日																		
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日										発病または負傷の原因																					
	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	転帰 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																				
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										日間入院																					
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。																															
	日	令和 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
		令和 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
令和 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	
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等											手術年月日 令和 年 月 日 退院年月日 令和 年 月 日																					
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日										人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																				
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																	
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名																																	
電話 ()																																	