

健康保険 傷病手当金・同付加金 支給申請書 (第 回目)

受付日付印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		生 年 月 日		事業所の名称	
	—		昭和・平成 年 月 日			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		被保険者 (請求者) の住所	〒 電話	
	被保険者の 業務の種類				発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
	請求の原因と なった傷病名		負傷 ⇒	負傷は第三者行為によるものですか		負 傷 の 原 因 ・ 状 況 いつ: 令和 年 月 日 () 時 分頃 どこで: 何をしていた・どのように負傷したか: ア.私用中 イ.仕事中 ウ.通勤途中 エ.その他 ()
				はい(別途届出必要)・ いいえ(右欄記入)⇒		
			発病 ⇒	発 病 の 原 因		
	病気又は負傷の ため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 ()は出勤の為除く ()は有給休暇				
	うえの期間の部分の 報酬を受けましたか、 又は受けられますか	受 け た ・ 受 け ら れ る (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで) 受 け な い ・ 受 け ら れ な い (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで)				
	障害年金又は障害手当金を受給していますか	基礎年金番号及び年金証書の年金コード		受給の原因となった傷病名		
いいえ ・ 請求中 ・ はい ⇒						
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄						
金融機関名	店 名 (店 番)	預金種別	口座番号			
池田泉州銀行	()	普 通				

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を右記の代理人に委任します。		代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係
	令和 年 月 日		代理人の住所	〒 電話 ()	
	被保険者(申請者)の住所氏名				
	受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄				
	金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義
				フリガナ	

事 業 主 が 証 明 す る 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	日間	
	う え の 期 間 中 の 分 として 支 払 う 報 酬	全額支給	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
		一部支給	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
		不支給	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 事業所所在地 事業所名称 令和 年 月 日 事業主氏名 電 話			

医 師 の 意 見	傷 病 名					労務不能と認めた主症状及び経過
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日				
	発病又は負傷の原因					
	診療開始年月日	令和 年 月 日	診療実日数	日間		
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで うち、入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間			
うえのとおり相違ありません。 医療機関等の所在地 令和 年 月 日 医療機関等の名称 医師の氏名 電話						