

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

被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)
②事業所名
③氏名 (フリガナ) ④住所 〒 TEL ()
⑤ 仕事の具体的な内容
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 (第三者行為の場合「負傷届」を提出してください) 2) 年月日 3) 年月日
⑨療養のため休んだ期間 令和 年 月 日から 日間 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)
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
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
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 (フリガナ) 支店名 (フリガナ) 預金種別 口座番号 口座名義 (フリガナ)
普通当座
その他()

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。
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。
受取代理人の欄
令和 年 月 日 委任者との関係 ()
住所 住所
被保険者(申請者)の欄
氏名 代理人 電話 ()
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)
1. 〈初回申請時〉療養のため休んだ期間及びその期間前1カ月分の賞金台帳と出勤簿(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

業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 間は 出勤 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
業務状況
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
報酬計算
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
支払日
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
当月 翌月
報告形態
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
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
支給額
月 日 円 円 円 円 円
月 日 円 円 円 円 円
月 日 円 円 円 円 円
月 日 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
傷病名 1) 年月日 2) 年月日 3) 年月日
診察開始年月日 1) 年月日 2) 年月日 3) 年月日
発病または負傷の年月日
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
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
転帰 治療(月日) 繰越 中止 転医
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
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
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日 昭和・平成・令和 年 月 日
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()
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 ()