

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第〇〇回)

◎ 必要事項の記入またはチェックをし、確認書類等を添付のうえ、労金健保へ事前ご連絡願います。
 ◎ 傷病手当金の申請期間中に出勤簿の写し、確認書類等を添付のうえ、労金健保へ事前ご連絡願います。

被保険者証の記号・番号		事業所 名 称	〇〇〇労働金庫	
記号	番号			
〇〇		〇〇〇〇		
被保険者の (申請者)	氏 名		生年月日	連絡先電話番号
	健保 太郎		昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	03-0000-0000
	連絡先(送付先)住所			
〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇				
被保険者の 資格取得日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	業務(仕事) の内容	経理事務	
療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで (〇〇 日間)	傷 病 名	右足骨折	
発病(負傷) の年月日	令和 〇年 〇月 〇日 (頃)	発病(負傷)時 の原因や状況	休日のジョギング中に転倒し負傷	
①前記「申請期間」の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。		<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない、今後も受けられない <input type="checkbox"/> 受けた(全部・一部) <input type="checkbox"/> 今後、受けられる(全部・一部)		
②傷病の原因は、ケガや打撲といった「外傷」 によるものですか。		<input checked="" type="checkbox"/> はい → 「負傷原因届」を併せて提出願います(第1回目のみ) <input type="checkbox"/> いいえ		
③労災保険から「休業補償給付」を受給して いますか(又は過去に受けていましたか)。		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給済 → 受給対象の傷病名↓ <input type="checkbox"/> 労災請求中 → 請求対象の傷病名 []		
④「障害厚生年金」または「障害手当金」を 受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい → 受給対象の傷病名 [] <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 → 請求対象の傷病名 ↑		
⑤退職後の期間を申請時、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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		
振込先 金融機関	〇〇 労働金庫		本店・本店営業部	預金 種別
	[]		〇〇 支店	1:普通
店番号	口座 番号	口座 名義		(カタカナで記入)
〇:〇:〇	〇:〇:〇:〇:〇:〇:〇:〇	ケンポ タロウ		

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。		令和〇年〇月〇日提出
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	年 月 日
	代理人の 氏名	(フリガナ)	申請者 との関係
代理人の 住 所	〒 -		受付日付印

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、備考欄へ記入してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

【上記③④⑤の質問に関し、必要となる添付書類について】

- 年金を受給中の場合 → 「直近の年金額や、受給開始日が分かる書類」の写し
- 年金を請求中の場合 → 「年金見込額照会回答票」等の写し
- 障害厚生年金または障害手当金を受給(請求)中の場合 → 「受給対象となった傷病名が分かる書類(申請書類等)」の写し
- 休業補償給付を受給(請求)中、受給済の場合 → 追って連絡いたします。

※いずれも、金額等内容に変更がない場合、2回目以降の添付は不要です。

〔提出先・お問い合わせ先〕
 〒101-0052
 東京都千代田区神田小川町3-20
 第2龍名館ビル4階
 全国労働金庫健康保険組合 業務部
 Tel. 03(5217)3162

● 第1回の申請の場合、申請期間の「賃金台帳と出勤簿の写し」を添付してください。
 ● 第2回以降の申請で、申請期間の報酬の支払いが無い場合は「賃金台帳と出勤簿の写し」の添付は不要です。
 ● 退職後の申請期間にかかる事業主の証明は不要です。

労務に服さな かった期間 (申請期間において)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで [日間]
上記期間中の 報酬の有無	<input type="checkbox"/> 全額支給 [令和 年 月 日 から 令和 年 月 日までの分] <input type="checkbox"/> 一部支給 (基本給の一部、各種手当、通勤手当(定期代等)、厚生年金補給金 など) <input type="checkbox"/> 支給なし [通勤手当等を含め、令和 年 月 日 から報酬無し]
給与形態等	月給(固定給) ・ 日給 ・ 時間給 給与締め日と支払日 _____日締 → 当月・翌月 _____日支払 残業等: _____日締 → 当月・翌月 _____日支払
欠勤控除の 算出方法 (一部控除があったとき)	(計算式) 欠勤控除分の精算時期 当月給与 ・ 翌月給与 ・ その他 ()
上記期間中の 通勤手当 の取り扱い	<input type="checkbox"/> 支給していない <input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金を依頼(給与で調整等、予定を含む) <input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金依頼や調整は行わない → *1 *1: 通勤手当(定期代等)の支給金額と対象期間が確認できる書類を添付願います。
上記のとおり相違ないことを証明します。 _____年 月 日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

患者氏名 (被保険者名)			
傷 病 名		発病(負傷) の原因	
療養の給付 開始年月日	令和 年 月 日	発病(負傷) の年月日	令和 年 月 日
④ 労務不能 と認めた 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)	④の期間中の 診療実日数	日間
④の期間のうち 入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	転 帰	令和 年 月 日 治癒・継続・中止・転医
④の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、投薬有無、検査結果、療養指導」等について			
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			
上記のとおり相違ありません。 _____年 月 日(※)			
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 連絡先電話番号 ()			

※療養を担当した医師等の意見記入日は、労務不能と認められた期間④以降に診察を行った日以降の日付であることを要します。