

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 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、労金健保へ事前に連絡願います。  
◎ ◎ 傷病手当金の申請期間中に出生手当金も申請する方は、労金健保へ事前に連絡願います。

被保険者証の記号・番号		事業所 名 称		
記号	番号			
被 保 険 者 の 申 請 者	氏 名		生年月日	連絡先電話番号
	昭和 平成 年 月 日			
	〒 ー 連絡先(送付先)住所			
被保険者の 資格取得日	昭和 平成 年 月 日	業務(仕事) の内容		
療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 〔 日間〕	傷 病 名		
発病(負傷) の年月日	令和 年 月 日 ( 頃 )	発病(負傷)時 の原因や状況		
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 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 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「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。		<input type="checkbox"/> はい → 受給要因の傷病名〔 〕 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 → 請求要因の傷病名 ↑		
④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	労働金庫		本店 支店	預金 種別
	〔 〕		1：普通	
店番号	口座 番号	口座 名義		(カタカナで記入)

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下を記入してください。

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。		年 月 日 提出
	〒 ー 被保険者 住所 (申請者) 氏名		受付日付印
	代理人の 氏名	(カタナ)	申請者 との関係
	代理人の 住 所	〒 ー	

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③④の質問で、公的年金を受給中または請求中の添付書類】

- ・受給中の場合 → 「直近の年金額と受給開始日が分かる書類」の写し
  - ・請求中の場合 → 「年金見込額照会回答票」の写し
  - ・障害年金または障害手当金の受給対象の場合  
→ 上記のほか「受給事由の傷病名が分かる書類(障  
害者手帳等)」の写し
- 〒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

※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。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	● 第1回の申請の場合、申請期間の「貸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「貸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			

療 養 を 担 当 し た 医 師 等 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	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)	④Aの期間中の 診療実日数	日間
	④A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
	④A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。