

健康保険 傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●××部▲▲ユニット 電話 XXX(XXXX)XXXX
	氏名	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	平成3年12月22日
			健保 太郎		
	申請者住所電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号 電話 ()			
社員番号	1234567		メールアドレス	●●@XXXXX	

申請内容	傷病名	1) 右大腿部骨折	発病または 負傷年月日	1) 令和5年11月23日	
		2) 右橈骨遠位端骨折		2) 令和5年11月23日	
		3)		3)	
	発病または 負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外し落下したため			
	第三者の行為 によるものですか	いいえ	業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ	
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	
	傷病のため 休んだ期間	令和5年11月23日 から 令和6年1月31日 まで 69 日間			
	■上記の傷病のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。			はい	
	「はい」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。			報酬額	XXX,XXX 円
	報酬支払期間	令和5年11月23日 から 令和6年1月31日 まで 69 日間			
	■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。			どちらでもない	
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。				
	年金等の種別	①	①障害年金	②障害手当金	③老齢年金
傷病名			年金額	円	
基礎年金番号			支給開始日		
■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。			どちらでもない		
給付等の種別		①失業給付	②休業補償給付(労基署)	③その他()	

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

受付日付印

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

		発病または		日
療養担当医師の意見		この欄は、療養を担当した医師に記入を依頼してください		日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
		医師の氏名		

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

		被保険者氏名		日
事業主証明欄		この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください		日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
				日
		事業主の氏名		

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

JERA健康保険組合