健康保険 傷病手当金支給申請書

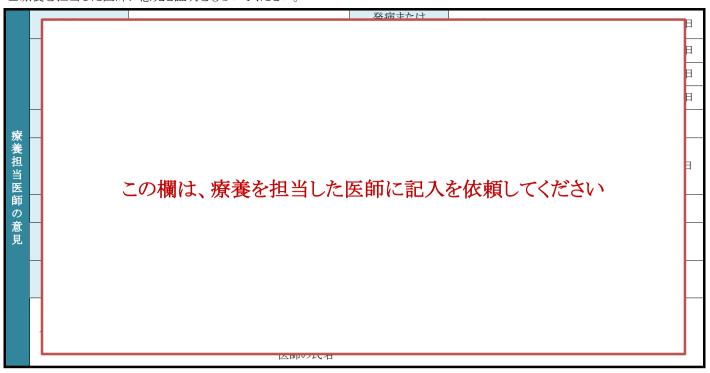
被保険者情報	被保険者証 の記号番号	記号 番号★ × × ×			所属事業所 及び部署名		株式会社●●××部▲▲ユニット 電話 XXX(XXXX)XXXX					
	氏名	プリカ・ナ ケンポ タロウ 健保 太郎			<u>, ,</u>	生年月日	平成3年12月22日			Ħ		
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●県XX ◆◆◆マンション XXX号				XX市▲▲町 1-2-3 電話 ()						
	社員番号	1234567			X	ールアト・レス	●●@XXXXX					
申請内容	傷病名	 1) 右大腿部骨折 2) 右橈骨遠位端骨折 3) 			発病または負傷年月日		1)					
	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 ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			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。					
	傷病のため 休んだ期間	令和5年11月23日 から										
	■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」と答えた方に	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	XXXX		円	
	報酬支払期間	令和5年11月23日 から				令和6	年1月		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		章害年金	②障害手当金	(③老齢年金		④その他()			
	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	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休業補償約 は事業所(会社)経由での給付金の受け						③その他	Ţ()			

上記のとおり申請いたします。 令和 ○年 ○月 ○日

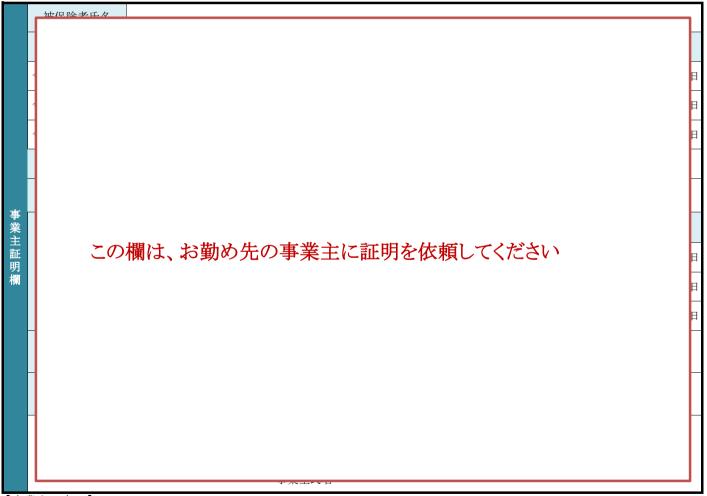
受付日付印

JERA健康保険組合

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。



■お勤め先の事業主に証明をもらってください。



【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