

同年月日	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
支給期間	自 令和	年	月	日
	至 令和	年	月	日
傷手	日額	円	$\times \frac{2}{3} \times$	日 =
付加金	日額	円	$\times \frac{14}{100} \times$	日 =
延長	日額	円	$\times \frac{50}{100} \times$	日 =
控除	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 事業主報酬 <input type="checkbox"/> その他( ) 基礎金額 _____ 円 日額 _____ 円 $\times$ _____ 日 = _____ 円 当該 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 日間			

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	係員

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
標準報酬平均	月額	_____	円
	日額	_____	円
初回支給開始日	年	月	日
前回支給完了日	年	月	日
満期日	年	月	日

委任	_____
	渡

傷病手当金  
 傷病手当金付加金  
 延長傷病手当付加金

申 請 書

(第 \_\_\_\_\_ 回)  
 延長 (第 \_\_\_\_\_ 回)

本人記入欄	被保険者証 記号・番号	_____	被保険者住所	_____
	発病(負傷) の年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	傷病名	_____
	発病(負傷)の原因	外傷の場合は別途届出が必要になる場合があります。		
	療養のため 休んだ期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から	日間	(この休んだ期間の報酬を受けましたか はい・いいえ)
		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで		
	障害年金、障害手当金、その他公的年金の受給がありますか..... はい・いいえ			
	年金受給の状況	年金の種別 障害年金・障害手当金・その他( )	年金額	_____ 円
	年金受給要因となった傷病名 _____			
年金受給の方は年金証書(写)、手当金受給の方は支給決定通知書(写)を最初に添付下さい。金額改定になった場合はお知らせ下さい。				
上記の通り申請し、給付金の受領は _____ に委任します。				
傷病手当金について支給決定をするための調査が必要な場合、健保組合が事業主、保険医等に照会することに同意します。				
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名 _____ (印)				

注意事項  
※1か月の期間ごとに申請いただくようお願いします。

事業所確認	

事業主証明欄	被 保 険 者 証 号 記 号	・	被保険者氏名	
	給 与 の 種 類	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他( )		
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	上記期間を含む賃金計算期間について報酬を支給した状況	<input type="checkbox"/> 有給休暇 (取得した日: )		
		<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/>諸手当 (通勤・住宅・家族)  <input type="checkbox"/>その他 ( )         </div> <div style="flex: 1; padding-left: 10px;">           の分として            → 1か月分 _____円支給した。            → / ~ / 分を日割り計算し _____円支給した。            (日割り支給又は控除した場合の計算方法 ※支給日数がわかるように記載願います。)         </div> </div>		
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 住 所 名 称 事業主 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>				

注意事項

※申請期間中の日について、勤務管理台帳(写)と、賃金台帳(写)もしくは給与明細(写)を添付して下さい。  
 ※1か月の期間ごとに証明、申請いただくようお願いします。

保険医の意見欄	患者氏名				
	傷 病 名	(2つ以上あるときは、主病に○印をしてください)		療養の給付 開始年月日	
		※ICD-10コード番号 ( )		平成 年 月 日 令和	
	発病(負傷)の年月	平成 年 月 日 令和	発病(負傷)の原因		
	労務不能と認めた期間		うち入院期間		
	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
傷病の主症状及び経過の概要	<b>【診療実日数 日】</b> (労務に服することのできない旨の意見を必ずご記入下さい。)				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 保険医療機関 住 所 名 称 (電話 - - ) 保険医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>					

注意事項

※ICD-10(国際疾病分類)コード記入へのご協力をお願いします。  
 ※1か月の期間ごとに証明いただくようお願いします。