

健康保険傷病手当金支給申請書(第 回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の		記号	住 所	〒					
	番号		電話() -							
	事業所の名称					氏名				
	傷病名				発病又は 負傷した状況 (別紙可)	(1)いつ 令和 年 月 日 午前・午後 時 分 (2)どこで (3)どんな用事で 何をしているとき				
収入の有無	傷病による 休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			左の期間中 入院したとき	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
		障害年金(有・無・申請中)			障害年金の支給事由となった傷病名()					
		老齢年金(有・無・申請中)			※年金を受給している場合は支払決定通知書の写し等を添付してください。					
		失業保険(有・無・申請中)			資格放棄・資格延長 (理由)					
	労災休業補償(有・無・申請中)			労災休業補償の支給事由となった傷病名()						
診 療 担 当 者 の 意 見 欄	傷 病 名	(1) (2) (3)	結核性 非結核性	発病又は 負傷の日 療養の 給付 開始日	(1) . . (2) . . (3) . . (1) . . (2) . . (3) . .	負傷 又は 発病 の原因				
	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			診 療 実日数	日	入院 期間	月 日から 月 日まで 日間	健保 公費 自費	
	主症状及び 上記期間の 病状経過 (検査結果 等を記入し て詳細に)	人工透析または人工臓器等を装着したとき				装着した日		平成・令和 年 月 日		
		人工臓器等の種類		人工透析・人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工骨頭・心臓ペースメーカー (主たる症状及び経過)						
(療養における指示事項等)										
	(結核性疾患の場合は安静度 度)									
	上記のとおり相違ありません 証明年月日 令和 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 電話() -									

製紙工業健康保険組合

◎同一の傷病により障害年金を受けている場合や退職後に老齢厚生年金や老齢基礎年金を受けている場合は、傷病手当金の支給額が調整されます。

令和 年 月 日提出

受付年月日

賃 金 台 帳 (写)	年 月 分						賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入ください	
	賃 金 計 算 期 間							
	労 働 日 数							
	基 本 賃 金							
	所定時間外割増賃金							
	各 種 手 当							
	欠 勤 控 除							
合 計								

出勤簿 (写)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

事業主の証明欄	本人の通常の給与の種類	月給・日給・日給月給・時間給・歩合・その他	本人の業務の種類		給与の締切日	日
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。					令和 年 月 日
	事業所所在地					
	事業所名称					
事業主氏名			電話 () 番			

振込口座	マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は下記振込口座をご記入ください。)				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	フリガナ	フリガナ	普通 当座		フリガナ

委任欄	本請求書の給付金を右の者に委任します。		事業所名称	
	委任者氏名 (被保険者)		事業主氏名	