

傷病手当金支給申請書

(第 〇 回目)

注(1):①～⑩は被保険者(申請者)が記入するところです。①～⑩全ての項目に記入が必要です。

注(2):⑭の医師の印は不要です。

注(3):初回申請時は、別紙『同意書』と『健康保険資格取得・喪失日および給付金受給状況確認書』の添付が必要です。

①	被保険者 記号-番号	-	②	申請者 氏名	③	生年 月日 年齢	昭和 平成	年	月	日	歳
④	事業所名 (会社名)	⑤ 申請者の 業務内容			⑥	資格 取得日	昭 平 令	年	月	日	
⑦	傷病名					⑧	発病又は 負傷の 年月日	令 和	年	月	日
⑨	発病又は 負傷の 原因 (該当に○)	・業務外での傷病 ・業務上での傷病 ・通勤途中での傷病	⑩ 原因を詳しく				⑩	労働災害又は 通勤災害の認定を 受けていますか (該当に○)		・はい ・請求中 ・請求予定 ・請求しない	
労災保険給付に該当するかどうか分からない場合は、労基署に相談してください。労災保険給付の支給が決定された場合は、傷病手当金との調整対象になります。											
⑪	療養のために 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間					⑫	第三者行為に よるものですか (該当に○)		・はい ・いいえ	
⑬	療養のために 休んだ期間 の傷病又は 負傷の状態 (詳しく)	症 状									
		医師から の指示									
⑭	障害基礎年金 又は 障害厚生年金等 について (該当に○)	受給資格 無し ・ 受給中 (年 月受給開始) ・ 請求中 (年 月頃申請) ・ 未請求 <small>「障害基礎年金」「障害厚生年金」等を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。</small>									
	⑭で受給中・請求中 に○をされた場合、 受給の要因と なった傷病名	基礎 年金 番号	-	年金額 (年額)							
⑮	老齢基礎年金 および 老齢厚生年金 について (該当に○)	受給資格 無し ・ 受給中 (年 月受給開始) ・ 請求中 (年 月頃申請) ・ 未請求 <small>「老齢基礎年金」「老齢厚生年金」を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。</small>									
	基礎年金番号	-	年金額(年額)								円
⑯	傷病手当金の 振込先 (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合	支店 出張所 営業部	普 通 ・ 当 座	口座番号	ﾌﾘｶﾞﾅ					
						口座 名義					
⑰	ユアサ健康保険組合理事長 殿					記入日 令和 年 月 日					
	上記のとおり申請します。 ㊦										
	住所 被保険者の 氏名 TEL					㊦					

健保 組合 記入 欄	支給 決定額	円	資格 喪失日	令和 年 月 日	健保組合確認印	健保組合受付印
	備考					

