

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金申請書（第 回）

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号番号	-	被保険者の氏名		
	被保険者が所属 する事業所名		被保険者の 業務の種類別	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	被保険者の資格 取得年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	標準報酬月額	千円	
	被保険者の 住所等	〒 電話番号： （ ）			
	傷病名と発病・負 傷した状況	傷病名：	発病や負傷した年月日： 令和 年 月 日		
		状況：			
		それは交通事故等の第三者によるものですか：	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい *「はい」の場合は「第三者行為による負傷届」を添付して下さい。		
	療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			
	申請期間中の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 受けない			
	障害厚生年金・または障害手当金、老 齢厚生年金等の公的年金について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> その他			
	上記で「受給している」または「請求中」と 答えた場合は受給の要因となった（なる） 傷病名について				
	上記で「受給している」または「請求中」と 答えた場合は基礎年金番号・年金コード・ 支給開始年月日・年金額 について	基礎年金番号		年金コード	
		支給開始年月日		年金額	
		令和 年 月 日		円	
		* 各種年金を受給している場合は、各種年金給付の年金証書（写）、支給開始日 並びに直近の額を証明する書類（写）を添付して下さい。			
労災保険の休業補償給付の受給について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input type="checkbox"/> 受給していない * 労災保険から休業補償を給付を受給している場合は、休業補償給付支給決定通 知書（写）を添付して下さい。				
「受給している」または「労災請求中」と答 えた場合支給元または請求先の労働基 準監督署について	労働基準監督署				
他の健康保険で傷病手当金の受給につ いて	<input type="checkbox"/> 受給したことはない <input type="checkbox"/> 受給したことがある				
	傷病名：	健康保険者名：			
関係諸機関に照会することへの同意（* 初回傷病手当金申請時にご記入下さい） 私は、貴組合が傷病手当金の今後の支給を確認するため関係諸機関に照会することに 同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。 令和 年 月 日 氏名 _____					
アステラス健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を傷病手当金支給の目的以外には利用いたしません。					

被 保 険 者 記 入 欄	振込先の指定 毎月20日に支給決定した分を翌月25日頃給与口座に振込をいたします。 振込口座は任意継続被保険者・退職者のみご記入願います。*被保険者本人名義に限る			
	銀行名（ゆうちょ銀行不可）	支店名	預金種別	口座番号
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	(フリガナ)			
	口座名義			

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算の勤務状況および賃金支払状況等について	
事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間
	上の期間内に報酬の支払をした場合又は支払をする場合はその報酬額支払の基礎となった期間及びその額 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 の分として 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 電話番号 ()

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名	
	傷病名	
	発病または負傷の原因	
	初診日	令和 年 月 日 発病または負傷の年月日 令和 年 月 日
	診療実日数	日
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間
	上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（出来る限り詳細に）	
	症状からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見	
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 住所（所在地） 医療機関名 医師の氏名 電話番号 ()	