

健康保険 傷病手当金支給申請書

(第 回目)

申請回数を正しく記入してください

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日
	18 - 112345		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 2 0 1 0 1 <input type="checkbox"/> 令和
	フリガナ	けんぽ たろう	
	氏名	健保 太郎	
	住所	〒 105 - 0022 東京都港区芝1-1-1 コスモマンション301号	電話番号 XX (XXXX) XXXX
	事業所名称	コスモ石油	所在地 東京都港区芝浦1-1-1
委任状	コスモエネルギーングループ健康保険組合理事長殿 傷病手当金を申請いたします。 当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。(任意継続被保険者を除く) 被保険者(申請者) 健保 太郎 (印)		
	※自署の場合は押印省略可		

申請 内 容 (申 請 者 が 記 入)	傷病名は医師に確認して記入してください			発病または 負傷年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	
	どちらかを選択してください			令和 年 月 日		
	↓ 傷病の発生時の状況					
	該当の 傷病は	1. 病気	状況を詳しく記入してください			
		2. 負傷(ケガ)				
	※事故・第三者行為によるもののは申請前に健保へお知らせください。					
療養のために 休んだ期間 (申請期間)	令和 XX 年 XX 月 XX 日から	日数	XX			
	令和 XX 年 XX 月 XX 日まで	日間				
申請者の仕事内容(退職後の場合は退職前の仕事内容) 事務職						

確 認 事 項 (申 請 者 が 記 入)	内容を確認いただき、正しく記入してください。					
	1 上記の療養ため休んだ期間中に報酬を受けよつたか。 または今後受けられますか。	1. はい	2. いいえ			
	1-①「はい」と答えた場合、その報酬の額と、 その報酬支払の基礎となった(なる)期間を ご記入ください。	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	報酬額	円	
	2 [障害厚生年金]又は[障害手当金]を受給していますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金			
	2-①「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名および基礎年金 番号をご記入ください。	傷病名				
	*受給している場合は、支払通知書のコピーを添付して ください。	基礎年金 番号	年金 コード	支給開始 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年金額

健康保險 傷病手当金 支給申請書

1 ② 3 4

<p>確認事項（申請者が記入）</p> <p>3 <健康保険の資格を喪失した方はご記入ください> 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 受給している場合、その名称をご記入ください。</p> <p>3-①「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。 *受給している場合は、支払通知書のコピーを添付してください。 〔「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください〕</p> <p>4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間の ものですか。</p> <p>4-①「はい」または「労災請求中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。</p> <p>5 介護保険サービスを受けたとき</p>	<p>内容を確認いただき、正しく記入してください。</p> <p>2. 請求中 3. いいえ</p> <p>→ 名称</p>		
		基礎年金 番号	年金 コード
		支給開始 年月日	昭和・平成・令和
		年	月
		日	年金額
		円	
<p>労災かどうかも必ずご記入ください。</p>			
<p>1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ</p>			
<p>労働基準監督署</p>			

労務に服することができなかつた期間を含む1か月ごとの賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。

上記の期間を含む計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した賃金内訳	期間 内容	(1か月) (1日) (1時間)	月 日 時 給 給 給	8月 1日から	9月 1日から	月 日 から	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) についてご記入ください
				8月 31日分	9月 30日分	月 日分	例) 8月欠勤控除分 基本給×43.5/1000× 欠勤日数=欠勤控除額
				支給額	支給額	支給額	
	基本給	1か月の賃金		(A)の金額		0	支給額が0円の場合も、必ずご記入ください。
	交通費			1か月の交通費		0	
	*みなし社宅やカフェテリア等、調整の必要のある報酬を記入してください。			その月の控除額		0	
	事業主にて勤務状況や給与の支給状況を証明願います。 *欠勤控除の計算式は各事業所の給与規定をご確認ください。						
	計			支給合計額			

上記のとおり相違ないことを証明する。

証明日は必ず記載ください

令和〇年〇〇月〇〇日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

健康保険 傷病手当金支給申請書

1 2 ③ 4

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名												
	傷病名		(1) 医療機関にて、医師の証明を受けてください。					療養の給付開始年月日(初診日)					(1) 令和 年 月 日
	(2)												(2) 令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または傷病の原因									
	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										
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 入院	<input type="checkbox"/> 療養費の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費()	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 転帰	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他
	診療実日数	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031	○で囲んでください。	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031					
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しくご記載ください）												
						手術年月日	令和 年 月 日						
					退院年月日	令和 年 月 日							
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見													
人工透析の実施または人工臓器を装着した日					昭和・平成・令和					年 月 日			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき					人工肛門	人工関節	人工骨頭	心臓ペースメーカー					
人工臓器等の種類					人工透析	その他 ()							
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日													
医療機関の所在地													
医療機関の名称													
医師の氏名 電話 ()													

	支 給 金 額						
法定給付							
合 計							

<算出の基礎> 月額 千円

(法定) 円 × 2/3 × 日 = 円

常務理事	事務長	係

1回目の申請時は必須です。

同意書

1 2 3 ④

被保険者（申請者）同意内容

コスモエネルギー グループ 健康保険組合 御中

令和 年 月 日

私は、傷病手当金の請求にあたり、コスモエネルギー グループ 健康保険組合が関係機関に対して、傷病手当金の給付記録、療養の給付記録、診療履歴並びに年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行う事、また、関係機関が上記照会の回答をする事に同意いたします。

- * 関係機関とは、前加入保険者、事業所、医療機関、年金事務所
- * 照会が複数となる場合は、本同意の写しも有効とします。
- * 当健保加入日より前の、直近2年間の健康保険加入状況をご記入ください。

記号番号 — 被保険者（申請者） 印（自署・捺印）

現住所 〒 —

※初回申請期間の開始日が、コスモ健保で資格取得してから1年6ヶ月未満で傷病手当金を請求される場合は以下をご記入ください。

情報①	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険期間	<input type="checkbox"/>
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/>	支部 国民健康保険 健康保険組合	(自治体名)
	被保険者記号番号	—	傷病手当金の受給	あり ・ なし
	社会保険の加入	会社名 会社所在地		
	被扶養者であったとき	被保険者氏名	備考	

情報②	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	無保険期間	<input type="checkbox"/>
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/>	支部 国民健康保険 健康保険組合	(自治体名)
	被保険者記号番号	—	傷病手当金の受給	あり ・ なし
	社会保険の加入	会社名 会社所在地		
	被扶養者であったとき	被保険者氏名	備考	

*加入日より前の直近2年間の職歴及び健康保険加入状況について空白期間無くご記入ください。

(用紙が不足するときは、複数枚ご用意いただきご記入ください。)

*ご家族の被扶養者として加入していた期間は「被扶養者であったとき」欄に被保険者の氏名を記入してください。

<取得した個人情報は、保険給付支給決定の目的以外には利用いたしません。>