

◎この申請書は A3(1枚)または A4(2枚/両面不可) で印刷ください

被保険者 記入、申請の注意

1 「被保険者が記入するところ」は洩れなく記入、該当に☑しててください。

2 (5)の「仕事の内容」欄にあなたの従事していた「仕事」を織布工、旋盤工、事務のように具体的に記入してください。

3 (8)の「発病又は負傷の原因」欄は、くわしく記入してください(未記入および「不詳」は受付できません。原因不明の場合、発症当初の状態を記入してください。)

4 なお(8)欄に書き切れないときや「交通事故」や「けんか」などによって他人よりけがを受けたときは「第三者行為による負傷」を一緒に添付してください。

5 (9)の期間中他の医師に診療を受けているときは、その医師から、その期間について「労務不能と認められるかどうか別に意見を書いてもらってください」。

6 被保険者の死亡後、健康保険の被扶養者がほかの者が請求するときは、続柄を明らかにする住民票又は戸籍抄本を添付してください。

7 (10)の厚生年金保険の障害厚生年金、障害手当金、老齢年金(退職者のみ)等を受けることができるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。年金証書および金額が確認できる振込(改定)通知等の写しを添付してください。

8 (10)の「受給中」欄は、①「障害厚生年金(手当金)または②(退職した方のみ)老齢厚生年金を受給していますか」に「受給中」または「申請中」を記入してください。

常務理事		事務長		係	
発議					
決定額	円	取得		支給開始日	
支給期間	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
法108条	日間	日間	日間	日間	日間
喪失		標準報酬額		.000	
一部不支給期間		月 日より 月 日まで療養の為労務不能と認めず			
		月 日から 月 日までのうち 日間有給・出勤によるため			
		月 日より 月 日までの前回支給済			
		年 月 日以降給付期間終了			

健康保険 傷病手当金請求書 (第〇回目)

金融機関名	銀行 〇〇〇〇 信用金庫 〇〇	本店	〇〇	給与振込口座番号	普通 〇〇〇〇〇〇	預金の名義人	三葉 健太
(1) 被保険者証の記号と番号	記号 〇	番号 〇〇〇	(2) 被保険者(請求者)の氏名	三葉 健太		昭平〇年〇〇月〇日生	
(3) 被保険者の現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇						TEL 〇〇〇 (〇〇〇)〇〇〇
(4) 事業所の名称	株〇〇〇〇〇〇			(5) 仕事の内容	〇〇〇〇〇		
(6) 傷病名	〇〇〇〇〇〇			(7) 発病又は負傷年月日	R〇年〇月〇日(〇曜日)		
(8) 発病又は負傷したときの原因(または発症時の状態)	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇〇〇〇〇) (できる限りくわしく記入) 例1) バドミントンで遊んでいるときに、転倒し腰を強打した。 例2) 数年前から毎朝の散歩中、時折息苦しく感じるが増えたため受診したところ、即日検査入院が必要になった。						
原因は労災(通災)、第三者行為(交通事故やけんか等)ですか	<input type="checkbox"/> はい(事業所に確認ください) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ						
(9) 申請期間・療養のため休んだ期間 ((19)で医師の認めた期間内であること)	令和 〇〇年〇〇月〇〇日~令和 〇〇年〇〇月〇〇日まで 〇〇日間						
(10) ①障害厚生年金(手当金)または②(退職した方のみ)老齢厚生年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給中 (〇① 〇②) <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 (〇① 〇②) <input type="checkbox"/> 受給していない		受給開始年月日: 未定 年 月 日~ 年金額: 未定 円/年 障害年金(手当金)を受給・請求中の傷病名(①の場合): 〇〇〇〇〇〇				
(11)《同意欄》	私は健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ミツバ健康保険組合が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関がミツバ健康保険組合に回答、および資料提供することに異議なく同意いたします。 ※本同意の写しも有効とさせていただきます。 ミツバ健康保険組合 殿 令和 〇年 〇月 〇日 被保険者または請求者氏名(自署): 三葉 健太						
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付資料が必要です。)	[備考]						

◎事業所担当者 内容確認(自署)	
所属(略号)	氏名
〇〇〇	〇〇 〇〇

