

傷病手当金支給申請書

(回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号		記号	番号	事業所名					
	被保険者氏名				被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者の住所		〒 - - - - - - - - -							
	被保険者の連絡先		電話番号	- - - -		携帯番号	- - - -			
	療養のため 休んだ期間 (申請期間)		令和 年 月 日 から			日間				
			令和 年 月 日 まで							
	被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。									
	振込先		銀行名		支店名		種別	口座番号		公金口座を利用する
							普通			<input type="checkbox"/>
	①上記療養のため休んだ期間（申請期間）に対する報酬を受けましたか、または今後受けられますか。								報酬額	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		報酬の基礎となった期間			令和 年 月 日 ~ 年 月 日			円		
					令和 年 月 日 ~ 年 月 日			円		
②「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給中または請求中の方は記入してください。										
年金種別				年金受給事由の傷病名				年金額		
<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金								円		
年金受給開始年月日				障害厚生年金の基礎年金番号			年金コード			
<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日										
③健康保険の資格喪失者または任意継続被保険者の方は記入してください。										
老齢または退職が事由とする公的年金を受給していますか。						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ				
老齢（退職）年金の名称		年金受給開始年月日			基礎年金番号		年金額			
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					円			
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					円			

<添付書類> 診断書の写し（退職後は必要ありません）

医 師 の 証 明 欄	傷病名																																	
	発病負傷 の原因					転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医																											
	発病負傷 の年月日		令和 年 月 日	診療開始日		令和 年 月 日																												
	就労不能と 認められた期間		令和 年 月 日 から			日間	入院期間		令和 年 月 日 から		日間																							
			令和 年 月 日 まで						令和 年 月 日 まで																									
	診療 実日数		診療日を ○ で囲んでください。																															
			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
	上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
令和 年 月 日			所在地 :																															
			医療機関名 :																															
大阪読売健康保険組合 殿			医師の氏名 :																															
			電 話 :							()																								

請求1回目または健保組合が求めた場合にご記入ください

大阪読売健康保険組合 理事長殿

同 意 書
(誓 約 書)

令和 年 月 日

<被保険者証>

記号		番号	
----	--	----	--

被保険者氏名	
--------	--

私は、貴組合の傷病手当金の支給について、関係諸機関に照会することに同意します。

後日、本件については、貴組合に対して一切の異議申し立てをしません。