

## 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	被保険者証の記号	18	番号	112345	生年月日	<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	けんぼ たろう								
	氏名	健保 太郎								
	住所	〒 105 - 0022	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) 被保険者氏名				令和 XX 年 XX 月 XX 日	※自署の場合は押印省略可			

申請内容(申請者が記入)	傷病名	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
	傷病の発生時の状況					令和 年 月 日
	該当の傷病は	1. 病気 2. 負傷(ケガ)	状況を詳しく記入してください			
	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	日間	
		令和 XX 年 XX 月 XX 日まで				
	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られたり、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	報酬額	令和 年 月 日まで	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。 *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。	傷病名					
	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			

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 ② 3 4

確認事項 (申請者が記入)	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。		1. はい 2. 請求中 3. いいえ		名称	
	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。		基礎年金 番号	年金 コード		
	*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。		支給開始 年月日	昭和・平成・令和		年金額
	〔「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〕			年	月	
	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。		1. はい		2. 労災請求中	
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。				3. いいえ		
				労働基準監督署		
5 介護保険サービスを受けたとき		保険者番号	被保険者番号	保険者名称		

内容を確認いただき、正しく記入してください。

労務に服することができなかった期間を含む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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	勤務状況【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																																				
	令和	年	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	計	出勤	有給
	令和	年	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	計	日	日
令和	年	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	計	日	日	
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	単価	月	日	月	日	から	月	日	～	月	日	日分	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																							
	内容		～	月	日分	月	日分	～	月	日分	支給額	支給額																									
			支給額	支給額	支給額	支給額																															
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。													令和	年	月	日	健保受付年月日																				
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					

事業主にて勤務状況や給与の支給状況を証明願います。

# 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。										月	日					
	(2)	日(初診日)										(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							療養費の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費( )	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止
労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間		令和	年	月	日まで	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医			
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費の別							療養費の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費( )	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止
	令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医								
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		人工臓器等の種類		人工肛門	人工関節	人工骨頭	心臓ペースメーカー											
				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>

(法定)

円 × 2/3 × 日 = 円

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 ー 被保険者氏名 印(自署・捺印)

現住所 〒 ー

\*コスモ健保で資格取得してから、1年6か月未満で傷病手当金を請求される方は、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 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (自治体名)		
		<input type="checkbox"/> 健康保険組合		
	被保険者記号番号	ー	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		
被扶養者であったあとき	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 支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (自治体名)		
		<input type="checkbox"/> 健康保険組合		
	被保険者記号番号	ー	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		
被扶養者であったあとき	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。>