

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

被保険者 記入用

被保険者記入欄

① 被保険者等 記号・番号	記号		② 被保険者 (申請者)の氏名			
	番号					
④ 事業所の名称			③ 被保険者 (申請者)の住所	〒 -		
⑤ 被保険者の 仕事の内容				電話 () -		
⑥ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(下記)の傷病名に記載されている傷病による申請である場合は左記に <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。 ※別の傷病による申請を行う場合は別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。		⑦ 発病・ 負傷 の原因	<input type="checkbox"/> 仕事以外の私的な事情が原因の病気やケガ (療養担当者の意見記入欄に業務上の理由のみが記載された場合は、本人了承の上、産業医等による仕事以外での理由書を添付して下さい) <input type="checkbox"/> 仕事が原因の病気やケガ(パワーハラスメント等を含み、労災認定基準に該当するもの) →労働基準監督署にご相談ください <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)→健保へご連絡ください		
	⑧ 療養のため 休んだ期間 (申請期間)			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
⑨ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬は			<input type="checkbox"/> 一部支給される(交通費等、一部減額されない場合) <input type="checkbox"/> 支給されない			
⑩ 今回傷病手当金を申請するものと同一の疾病で「障害厚生年金」または「障害手当」を受給していますか。(同一の疾病で障害年金等を受給している場合、支給額を調整します)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑪ 高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。(公的年金を受給している場合、支給額を調整します)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑫ 今回の傷病手当金を申請する期間において、別疾病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。				<input type="checkbox"/> はい(請求中含む) <input type="checkbox"/> いいえ		

※給付金の受領を委任される場合は2ページ目の受取代理人欄の署名を忘れずにご記入ください。
 ※1ページ～3ページ(同意書)をセットで事業所へご提出ください。

医師等 記入

療養担当者の意見記入欄	患者氏名																																
	傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)	1)											療養の給付の開始年月日	1)	年	月	日																
		2)											(初診日)	2)	年	月	日																
	労務不能と認められた期間	(期間が空く場合は別紙にてご記載ください。)										負傷病の また 原因は	健康保険は労働者の業務災害以外の疾病、負傷等に対して給付を行うもので業務上の場合は労働者災害補償保険法となり傷病手当金の対象外となります。																				
		年 月 日から					年 月 日まで																										
診療日	○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
「主たる症状及び経過」		「治療内容、検査結果、療養指導」等																															
症状経過からみ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 ※業務外の原因による傷病の治療が服薬や通院療法とともに安静が必要な具体的な理由をご記入ください。 (保険医療機関及び保険医療養担当規則第二条の四)																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()																																	

同意書

私が請求しました（傷病手当金）について、名古屋木材健康保険組合が保険給付の（傷病手当金）支給決定をするための参考として、医療機関及び関係機関に資格情報及び給付記録等の請求について照会をすること、並びに医療機関及び関係機関が同照会への回答を行うことに同意いたします。

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

〒

被保険者本人（自署） 住所

（健康保険被保険者証 記号 番号 ）

氏名

※同意書は毎回必要です。