

※ 支給・不支給 決定額 報酬平均 日額	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	係	
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円	
	支給期間	日数	日額	記入不要				療養給付開始
	全部不支給	期間	理由					前始
一部不支給	期間	理由	円	該当条文	55条・58条	被扶養者	照合印	

健康保険 傷病手当金支給申請書 (その1) (1) (第 回日)

請求者	(2) 氏名	三菱 太郎	被保険者との続柄	父	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	Tel	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(3) 記号・番号	(記号)	1	(4)被保険者の(社員番号 〇〇〇〇〇)	氏名	三菱 一郎	(番号)	12345
	(5) 被保険者現住所	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇	Tel	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	(6)事業所の名称 所属・電話	三菱UFJニコス株式会社 東京都文京区本郷3-33-5 Tel 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			(7)被保険者の標準報酬月額	千円		
	(8)被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	(9)被保険者の業務の種類	事務職			
	(10)発病又は負傷の年月日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	(11)傷病名	胃癌			
	(12)発病の状態又は負傷の原因を詳しく	発症時期は不明。健康診断の胃カメラにより発見する。						
	(13)疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	から	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	まで	(日間)
	(A)上の(13)に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない						
	(B)報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から		の分として 〇〇,〇〇〇円				
	(A)うへの(13)に書いた期間中に入院した期間がありますか	ある ・ ない						
(15)(B)入院した期間があるときは	(ア)病院名	〇〇〇総合病院		(イ)病院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇			
(ウ)入院した期間	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	から	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	まで	〇〇 日間	
(16)老齢又は退職を支給事由とする年金を受給しているとき注	(イ)老齢年金の名称			(カ)年金コード(記号番号)				
(オ)基礎年金番号			(キ)年金額(年額)	百 拾 万 千 百 拾 円		(ク)受給開始年月日	昭・平・令 年 月 日	

注 ①年金証書(写し)・②支給開始年月を証明する書類・③直近の受給額がわかる書類を添付して下さい。

・記号・番号を記入した場合は不要です。

・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書類が必要です。

備考欄

受付日付印

振込希望口座	〇〇〇 銀行 〇〇〇 支店
	預金の種別 普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇〇 号
	フリガナ ミツビシ タロウ
	預金の名義人 三菱 太郎

事業主が証明するところ	(17) 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(18) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(19) 全額支給した期間又は支給する期間	年 月 日から 金 円 (日額) 年 月 日まで (月 日支払) (金 円)
		(20) 一部支給した期間又は支給する期間	年 月 日から 金 円 (日額) 年 月 日まで (月 日支払) (金 円)
	(21) 支払った報酬の内訳 (種類の該当が無い時は補記して記入)	形 能 日給 日給日給 日給 歩合給 その他 () *該当の形態を○で囲む	給 当 費 当
	月分		円
	月分		円
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (24)			
事業主 (22) 住所			
(23) 氏名			
電話 () 番			

療養を担当した医師が意見を書くところ	(25) 傷病名	(26) 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性	
	(27) 発病または負傷の原因			
	(28) 発病または負傷の年月日	年 月 日	(29) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	(30) 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(31) 左の期間中の診療実日数 日間
	(32) 傷病の主症状および経過概	※病院に証明をしてもらう。		
	(33) うえの(30)の期間中に入院した期間がある場合は、その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(34) 入院の費用の別 健保・自費・公費
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (37)			
医師 (35) 住所				
(36) 氏名				
電話 () 番				

(共通する注意)

- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。