

※ 支給・不支給 決議書	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	金額	資格	療養給付開始	
	資	得	喪	前	始	回	終
	格	喪	前	始	回	終	該当条文
報告平均日額	全部不支給	理由	期間	日数	金額	療養給付開始	入院期間
一部不支給	理由	期間	日数	金額	療養給付開始	入院期間	被扶養者
円	理由	期間	日数	金額	療養給付開始	入院期間	照合印

健康保険 傷病手当金支給申請書 (その1) (1) (第 1 回目)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	(2) 記号・番号	記号 1 番号 12345	(3) 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	(社員番号 〇〇〇〇〇) 三菱 太郎 昭和平成令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	(4) 被保険者 (申請者) の住所	(〒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 ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
	(5) 事業所の 名称住所	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) 〇〇〇〇		(6) 被保険者の 標準報酬額 月 額 千円	
	(7) 被保険者の 資格を取得した 年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和	(8) 被保険者の 業務種別	営業事務	
	(9) 発病又は負傷の 年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和	(10) 傷病名	骨折	
	(11) 当該の傷病は病気 (疾病)ですか、ケガ (負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病気 [発症時の状況] <input checked="" type="checkbox"/> ケガ⇒負傷原因届を併せてご提出ください 自宅階段を踏み外し、骨折した			
	(12) 療養のため休んだ 期間 (申請期間)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日	日まで	日数 〇〇 日間	
	(13) (B) 入院した期間 があるときは	(A) うえの(12)に書いた期間中入院した期間はありますか <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
		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	
		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日	日まで	〇〇 日間	

(注意事項)

- ①年金証書(写し)・支給開始年月を証明する書類・直近の受給額がわかる書類を添付してください。
- ②訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正してください。

- ・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

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。

受 付 日 付 印

振込 希望 口座	銀行			支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義	

