

受付年月日	年	月	日	
伺年月日	年	月	日	
決済年月日	年	月	日	
※支給額	円			
支給開始	年	月	日	
支給期間	自 至	年 年	月 月	日間
前回	始	年	月	日
	終	年	月	日
備考				

常務理事	事務長	担当者	
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
標準報酬月額	千円(第級)		
障害年金・日割障害手当金額	円(日額)	円	
全部・一部不支給	期間	年月日から 年月日まで	
	理由		

傷病手当金支給申請書

(第 回目)

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者号 記号・番号	業務の種別				
	事業所名			所属	部	課
	傷病名					
	①発病又は負傷の原因					
	②第三者行為によるものですか	はい・いいえ	発病又は負傷の原因	年月日		
	③申請期間 (療養のために休んだ期間)	年月日から		年月日まで		
	④上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき	受けた報酬額	<input type="checkbox"/> 上記期間の全部 <input type="checkbox"/> 上記期間の一部		日間分	
	同一の傷病等による障害年金、障害手当金を受けているとき、又は資格喪失後に傷病手当金の経過給付を受けている方で、老齢年金を受けているとき	(ア)年金の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()			
		(イ)年金額	円	(ウ)年金の支給事由となつた傷病名		
		(エ)年金を受けることとなつた年月日	年月日	(オ)年金を受けている場合は年金証書の記号番号		
⑥振込希望の銀行	銀行	支店(普通当座)				
上記のとおり申請します。						
富士紡健康保険組合理事長殿						
〒一						
住所						
被保険者の氏名						

事業主証明欄	⑦労務に服さなかつた期間	年月日から		年月日まで	
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬関係(給与・賃金等)	月日～月日	日間分	円	月日支払
		月日～月日	日間分	円	月日支払
		月日～月日	日間分	円	月日支払
	⑨支給しない場合				
	⑩上記のとおり相違ないことを証明します。	年月日			
		〒一			
	住 所				
	事業主 名 称				
	氏 名				

療養担当医師の意見欄	傷病名			発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	年月日	⑪療養の給付を開始した年月日	年月日		
	労務不能と認めめた期間	年月日～年月日	診療実日数 (原則、1カ月に1日以上あること)		日間	
	⑫傷病の主症状及び経過概要					
	上記のとおり相違ありません。	年月日				
		〒一				
	住 所					
	医 師 名 称					
	氏 名					
	電 話					

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	本申請に基づく給付金の受療に関する事。					
	年月日					
	被保険者の 住 所	〒	一			
	氏 名					
代理人の 住 所	〒	一				
氏 名						
⑬振込希望の銀行	銀行		支店	(普通 当座))	

●被保険者記入欄の注意事項

- ア. ①欄は、いつ（〇〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（自宅の庭で）、なにを（薪を）、どうしているうち（割っているうち）、なにが（薪の）、どういうふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）どうした（裂傷した）というように詳しく記載してください。
- イ. ②欄は、傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を別途作成し、この請求書に添付してください。
- ウ. ③欄は、欠勤以外の有休や飛び石勤務等が含まれていても構いません。
- エ. ④欄は、事業主（賃金計算担当者）にご確認頂き、記載してください。
- オ. ⑤(ア)欄は、受けている年金を〇で囲んでください。
- カ. ⑤(イ)(ウ)(エ)欄は、障害年金を受けている場合又は、障害手当金を受けている場合は、それぞれの支給を証する書類等をみて記載してください。
- キ. ⑤(ウ)欄は、同一の疾病又は負傷による年金であるかを確認します。
- ク. ⑤(オ)欄は、(ア)欄で受けている年金証書等をみて記号番号を記載してください。
- ケ. ⑥欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込先口座を記載してください。
- コ. ⑬欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込先口座を記載してください。

●事業主証明欄の注意事項

- ア. ⑦欄は、欠勤以外の有休や飛び石勤務等が含まれていても構いません。
- エ. ⑧欄の報酬額と④欄の報酬額は、同額となります。
- オ. ⑧欄に該当しない場合は、⑨欄に「現在までにも、また将来も支給しない」と記載してください。
- カ. ⑩欄は、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

●医師の意見欄の注意事項

- ア. ⑪欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載してください。
- イ. ⑫欄は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載してください。

●その他共通する注意事項

- ア. 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者又は証明者の氏名を記載してください。

●添付書類

- ア. 初回申請時及び2回目以降の申請で報酬があった場合に添付すべきもの
- ・出勤簿のコピー（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）
 - ・賃金台帳のコピー（上の期間について）
 - ・意見書、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文（翻訳者の署名、住所、電話番号明記）
- イ. 当てはまる場合に添付すべきもの
- ・障害厚生年金を受けている者
 - …障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー及び年金額改定通知書等のコピー
 - ・退職後にかかる申請で老齢退職年金を受けている者
 - …老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー及び年金額改定通知書等のコピー
 - ・労災保険から休業補償給付を受けている者
 - …休業補償給付支給決定通知書のコピー