

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)		記号	番号	会社名	個人番号
					記号番号記入の際は不要ですが個人番号記入の場合は、確認書類の添付をお願いします。
被保険者(申請者)	〒 TEL ( )	発病又は負傷の原因		労務不能	自 令和 年 月 日 日間
	住所			申告期間	至 令和 年 月 日
	氏名			年金等受給の有無 ※必ず記入してください。	老齢厚生年金 退職共済年金 障害年金・手当金
(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。					あり・なし あり・なし あり・なし
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		年金等を受給されている場合は、傷病手当金と調整して支給されます。受給の方は年金振込通知書等の写しを提出願います。虚偽の申告があった場合は調整額返金いただきます。		
同意書	<p>● 同意書は1度いただければ結構です。</p> <p>ダイハツ系連合健康保険組合 理事長 殿</p> <p>傷病手当金の支給決定に関し、必要であれば関係機関(事業主・医療機関・前加入保険者等)に対して照会を行い、回答を得ることに同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名</p>		<p>上記により申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">受付印</p>		
医 歯 科 医 師 の 意 見	傷病名	労務不能と認められた期間及び証明期間中診療日	自 令和 年 月 日	診療開始日	令和 年 月 日
			至 令和 年 月 日 日間	※労務不能証明期間のうち、診療された日に○を記入願います。	
	(1) 主症状及び経過の概要 ※詳しくご記入ください。		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		
			※証明期間が長期に亘る場合、期間中の診療総日数		
(2) 支給決定上の参考事項		入院期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	(3) 労務可能見込年月日	令和 年 月 日 頃	日
医療機関の所在地・名称					調剤
医師の氏名 歯科医師					記入日 令和 年 月 日
事業主の証明	労務に服しなかった期間	左記期間中に給与の支給される(た)期間と金額	給与形態について ※該当の□にチェック	事業主名	
	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 完全月給		

● 左記太枠内のご記入をお願いします。

医科 健  
保  
使  
用  
欄