

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

①被保険者記入用

※申請書は3枚です。②事業主記入用③療養担当者記入用を合わせてご提出ください。

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名 所属	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

同意欄	私はトーエネック健康保険組合が本申請の決定にあたり必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係機関(事業主、医療機関、前加入保険者等)に照会すること、また関係機関がトーエネック健康保険組合の照会に対して回答することに同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。				
	同意日	令和 年 月 日	被保険者 氏名(自署)		

申請内容	傷病名				発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	発病または 負傷の原因				具体的な仕事内容 (退職後の申請の場合は 退職前の仕事内容)	
	療養のため休んだ期間 (傷病手当金を申請したい期間)	令和 年 月 日 から	日間			
		令和 年 月 日 まで				
	<ul style="list-style-type: none"> ・申請期間について、療養のため労務不能と判断した日から起算して3日を経過した、4日目から支給します。 ・報酬等がある場合、報酬等が傷病手当金の額より少ない場合はその差額を傷病手当金として支給します。 ・傷病手当金が1円でも支給された場合、支給日数として通算されます。 					
	1	上記の「療養のため休んだ期間」に対し、会社からの報酬はありますか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	1-①	報酬がある場合、その期間と金額をご記入ください。	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金額	円
	2	「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給していない			
	2-①	受給している場合、どの年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金			
	2-②	「受給している」または「請求中」の場合、受給の要因となる傷病名及び受給開始年月日をご記入の上、「年金証書(写)及び直近の振込通知書(写)」を添付してください。	傷病名	受給開始年月日		
3	該当の傷病は、第三者行為によるものですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
4	今回の請求は、労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ				
5	<退職後に請求される方のみご記入ください> 老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。	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給していない				
5-①	「受給している」または「請求中」の場合、その名称をご記入の上、「年金証書(写)及び直近の振込通知書(写)」を添付してください。	<input type="checkbox"/> 老齢基礎・老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> その他()				
6	介護保険サービスを受けたときに ご記入ください。	保険者番号	被保険者番号	保険者 名称		

振込先	請求時に退職している方、または退職予定の方のみご記入ください。在職中は事業主を通じて支給いたします。(給与同封)					受付日付印
	金融機関名	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他			
		口座番号				
	支店名	(フリガナ)				
		口座名義				