

支給決定伺			常務理事	事務長	担当者	担当者	
支給額		標準報酬	千円				
併給調整額等		円=A	支給開始日	年	月	日	
法定給付	( 円X2/3-A)X	日=	円	満了予定日	年	月	日
附加給付	( 円X 85%-A)X	日-法定給付=	円	支給決定日	年	月	日
支給期間	年	月	日から	年	月	日まで	< 備考 >
対象日数	日	申請回数		回			

月単位で実際に休んだ期間を記入してください

### 傷病手当金及び付加金申請書

申請者記入欄	健康保険被保険者証	記号	1	社員No.	1234-5	被保険者氏名	健保 太郎		
		番号	1234	事業所名 退職・任継	大阪本社		退職・任継 の退職年月	年 月 日	
	発病・負傷の日	平成20年 3月20日		傷病の原因	ストレス				
	傷病名	胃潰瘍		第三者行為によるものですか	はい <u>いいえ</u>				
者記入欄	療養のため休んだ期間	H29年 4月 1日から		H29年 4月 30日まで		左記期間中に受けた報酬			
	上記期間中報酬を受けた期間	H29年 4月 1日から		H29年 4月 11日まで		10万 円			
	他に受給又は申請中のもの	障害年金 出産手当金 休業補償 老齢年金 雇用保険 <u>なし</u>							
入欄	上記により「傷病手当金及び付加金」を申請します。 復職者は部門、退職退職者等は自宅同意・申請日 <u>平成29年 5月 12日</u> 申請者 送付物宛先 <u>大阪本社〇〇部</u>								
	なお、健康保険組合が本申請の支給決定にあたり医療機関等に対し療養等の内容を照会すること、および医療機関等が内容照会に回答することに同意します。				電話番号 <u>803-000</u> 氏名 <u>健保 太郎</u>				
事業主の証明	有給休暇	年	月	日	左記のとおり相違無いことを証明します。				
	提出日を記入してください	年	月	日	在職者は所属部署を退職者は自宅を記入して下さい				
	欠勤	日間	年	月	日	事業主の住所名印 有給又は保存休暇で休んだ期間を記入してください			
	欠勤報酬	円	年	月	日	《備考》			
休職貸付	有・無	休業補償	有・無						
担当医師の意見	傷病名				傷病の原因				
	傷病発生日	年	月	日	下記の期間中の診療実日数	日間			
	労務不能と認めた期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	
	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。						《備考》	
医療機関の名称 住所・電話番号 担当医・印								支払 受付	

担当医師に記入をお願いしてください

注意 1. 鉛筆書き、記入漏れは受けられません。  
2. 別途、証明書類、同意書等、添付書類が必要となる場合があります。

退職後及び被保険者以外の場合、振込銀行口座の指定 *任継者は不要				被保険者との続柄	
フリガナ		フリガナ		申請者	
銀行名		本支店名		口座名義人	
種別	当・普・その他	フリガナ			
口座番号		口座名義人			