

記入見本

受付印

処理印

常務理事	事務長	係	係

<記入するに当たっての注意点>

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金申請書

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日： 和暦 令和元 年 7 月 9 日

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	7 0 0 - 1 2 3 4 5 6 7	② 被保険者の氏名	健保 太郎		
	③ 被保険者の 業務の種類	事務・ 営業 ・製造・その他 ()				
	④ 被保険者の 住所等	〒012-3456 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3フラテマシヨン456 連絡の取れる電話番号： 〇〇〇 (××××) △△△△				
	⑤ 傷病名と 発病・負傷 した状況	傷病名：左足骨折		発病や負傷した年月日：和暦 R元 年 5 月 31 日		
		状況： ゴミ出しを階下にする際階段から落ちて左足を骨折。 それは第三者によるものですか： <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ はい *「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」の提出をお願いします。				
	⑥ 療養のため休んだ期間 (申請期間)	和暦 R元 年 6 月 01 日 ~ R元 年 6 月 30 日 30 日間				
	⑦ 申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 受けない				
	⑧ 障害厚生年金・または障害手当金、または高齢厚生年金について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 高齢厚生年金				
	⑨ 上記で「はい」または「請求中」と答えた場合 受給の要因となった (なる) 傷病名について					
	⑩ 上記で「はい」または「請求中」と答えた場合は 基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額 について	基礎年金番号		年金コード		
		支給開始年月日		年金額		
		和暦 年 月 日		円		
	⑪ 労災保険の休業補償給付の受給について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない				
	⑫ 上記で「受給している」または「労災請求中」と答えた 場合支給元または請求先の労働基準監督署について	労働基準監督署				
	⑬ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
<input checked="" type="checkbox"/> 受給したことはない <input type="checkbox"/> 受給したことがある						
⑭ 他の健康保険で傷病手当金受給に ついて	傷病名：		健康保険者名：			
⑮ 関係諸機関に照会することへの同意 (*初回傷病手当金申請時にご記入ください)						
ファイザー健康保険組合 理事長殿 私は、貴組合が傷病手当金の今後の支給を確認するため関係諸機関に照会することに 同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。 和暦 R元 年 7 月 9 日 氏名 <u>健保 太郎</u> ファイザー健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を傷病手当金支給の目的以外には利用いたしません。						

①記号番号はマイナポータルや資格情報のお知らせ、資格確認書で確認することができます。詳しくは[こちら](#)左詰めで記入してください。

③該当する仕事の内容を丸で囲むか、その他の場合具体的に記入してください。

④確実に連絡の取れる住所と電話番号を記入してください。

⑤病気やけがについてお書きください。特に負傷の場合状況できる限り詳細に記入してください。

発症・負傷が第三者によるものである場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必須となります。

⑥申請は定期的に行ってください。(最長1か月)

⑦申請期間の報酬の有無について記入してください。

⑧公的年金受給の有無を記入してください。

⑨受給もしくは請求中の場合の傷病名を記入してください。

⑩基礎年金番号等を正確に記入してください。

⑪労災保険に休業補償給付受給の有無について記入してください。

⑫受給している場合には請求先の労働基準監督署名を記入してください。

⑬介護保険のサービスを受けている場合は記入してください。

⑭他の健康保険での傷病手当金受給の有無について記入してください。受給したことがある場合にはその傷病名と健康保険者名を記入してください。

⑮傷病手当金の支給決定をする際に関係諸機関に照会をする場合があります。そのことについて同意をお願いいたします。(初回のみ)

<添付書類(被保険者)について>

- * 傷病が第三者行為によるものである場合には、「第三者行為による傷病届」を記入し、合わせて添付してください。
- * 各種年金を受給している場合は、各種年金給付の年金証書(写)、支給開始日並びに直近の額を証明する書類(写)を添付してください。
- * 労災保険から休業補償を給付を受給している場合は、休業補償給付支給決定通知書(写)を添付してください。
- * 証明書等が外国語で記載されている場合は、(翻訳者の署名・住所および電話番号が記載されている)翻訳文を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑩振込先の指定									
	<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込		→ (A)の被保険者欄に記入をお願いします。							
	<input type="checkbox"/> 代理人振込		→ (A)と(B)に記入をお願いします。							
	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 和暦 年 月 日									
	委任状		被保険者 氏名: 健保 太郎							
			住所: 東京都渋谷区代々木3-2-7							
			代理人 氏名: ファイザー株式会社 ○○△△		連絡先					
	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。									
	(B) 振込口座		金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)		支店名		預金種別		口座番号	
					普通					
		(フリガナ)								
		口座名義								

⑩傷病手当金の振込先を指定してください。
 *給与振込の場合
 (A)委任状の被保険者名を記入
 *代理人振込の場合
 (A)委任状欄すべて記入
 (B)振込口座の情報を記入してください。
 *被保険者の指定口座へ振込の場合
 (B)振込口座の情報を記入してください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算の勤務状況および賃金支払い状況等について										
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑪ 労務に服さなかった期間		和暦 R元 年 6 月 1 日～ R元 年 6 月 30 日		30 日間					
	⑫ 上記の期間中の分として支払う報酬関係									
	(A) 全額もしくは一部支給する場合		和暦 年 月 日～ 年 月 日 日間		金 円 (月 日支払) 日額 金 円					
	(B) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		和暦 R元 年 6 月 1 日以降無給							
	⑬ 上記のとおり相違ないことを証明します。 和暦 R元 年 7 月 10 日									
事業主		住所 東京都渋谷区代々木3-2-7								
		氏名 ファイザー株式会社 ○○△△		電話番号 XXXX (XXXX) XXXX						

事業主様の記入欄です。(⑪-⑬)
 ⑪労務に服さなかった期間を記入してください。
 資格喪失後の期間については事業主の証明は不要です。
 ⑫報酬を支給する場合、しない場合どちらか一方、場合によっては両方記入してください。
 ⑬事業主様が⑪・⑫を記入したかを証明する欄になっています。
 お忘れのないようにお願いします。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 聞 く と こ ろ	⑭ 傷病名 左足骨折		⑮ その原因 階段からの転落		⑯ 発病又は負傷の年月日 和暦 R元 年 5 月 31 日	
	⑰ 療養の給付を開始した年月日 和暦 R元 年 5 月 31 日		⑱ 労務不能と認めた期間 和暦 R元 年 6 月 1 日～ 和暦 R元 年 6 月 30 日		⑲ 診療実日数 2 日間	
	⑳ 労務不能と認めた期間における傷病の主症状・治療内容・検査結果・療養指導など(出来る限り詳細に)					
	令和元年5月31日に階段からの転落により骨折をしたと当院を受診。 レントゲン等確認した結果左足の骨折を認めた。ギブスを装着し固定するまで安静。またリハビリも必要。					
	㉑ 症状経過から労務不能と認めた医学的な所見(出来る限り詳細に)					
	骨折部位の固定がされておらず安静が必要と判断したため労務不能と認めた。					
	㉒ 上記のとおり相違ありません。 和暦 R元 年 7 月 9 日					
	住所(所在地)		東京都千代田区〇〇町1-2-3			
医師 医療機関名		△△病院		電話番号		
氏名		医師 治 ()				

療養を担当された医師の意見記入欄です。(20-27)
 ㉑傷病名について記入してください。
 (21)発病、負傷に至った原因についてお書きください。
 (22)発病、負傷の年月日を記入してください。
 (23)㉑で書かれた傷病について療養の給付(診療)を開始した年月日を記入してください。
 (24)労務不能と認めた期間を記入してください。
 (25)(24)の期間、診療した実日数を記入してください。
 (26)労務不能と認めた期間における傷病の主症状等について出来る限り詳細に記入してください。
 (27)症状経過から労務不能と認めた医学的な所見を出来る限り詳細に記入してください。
 (28)療養を担当した医師の、住所・医療機関名・電話番号・氏名を記入してください。