

(注意事項)

1. ③は「整備工」、「営業」、「事務員」のように具体的に記入して下さい。

2. ⑤はできるだけくわしく記入して下さい。どうしても原因がわからないときは、「不詳」と記入して下さい。

3. ⑥・⑩・⑪・⑫は該当する項目にチェックを入れて下さい。

4. 傷病が第三者行為（交通事故等）によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」をこの請求書に添付して下さい。用紙は組合にあります。

5. 住所は○番地○〇方までくわしく記入して下さい。

支給決議書	支 給 額				拾	万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	課 長	係 長	担 当 者
	資 格 取 得	年 月 日		支 給 期 間	年 月 日		日 間	一 部 不 支 給	月 月 日 日 日間						
	資 格 喪 失	年 月 日			年 月 日										
	資 格 取 得	年 月 日		入 院 期 間	年 月 日		日 間		月 日 日間		円				
	資 格 喪 失	年 月 日			年 月 日										
	標準報	年 月 日			年 月 日				千円 千円						
酬月額	年 月 日			年 月 日			千円 千円								

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者	記号		② 事業所の 名 称		③ 被保険者の 職 種				
	④ 傷 病 名									
	⑤ 発病又は負傷の原因 (くわしく)	⑦ 傷病発生日時	年 月 日			☐ 午前 ☐ 午後	時 分	⑥ 勤 務 中 ですか。	☐ 勤務中 ☐ 勤務外	
		④ 傷病発生場所								
		⑦ 傷病発生の原因								
	⑦ 疾病又は負傷により療養のため休んだ期間	年 月 日 日間		⑧ ⑦の期間中に入院した場合	入 院 期 間	年 月 日 日間				
	⑨ ⑦の期間中に報酬を受けたとき又は今後受けるときは、その内訳	月 日 日間		⑩ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。	☐ はい ☐ 労災請求中 ☐ いいえ (請求先)		労働基準監督署			
	⑪ 「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ		⑫ ⑪で「はい」の場合どちらを受給していますか。	☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金					
	⑬ ⑪で「はい」又は「請求中」の場合	⑦ 傷 病 名								
		④ 基礎年金番号				⑦ 年金コード				
⑤ 支給開始年月日		年 月 日			⑦ 年金額	円				
□ マイナポータル等で事前登録した「公的給付等を受け取るための口座（公金受取口座）」を利用します。(利用する場合は☑)										
注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
受 取 代 理 人 の 欄	上記のとおり申請します。 年 月 日						払 渡 希 望 銀 行			
	被保険者 (申請者)	〒	一				銀行 店			
		住 所								
		氏 名						預金種別		
		TEL ()						口座番号		
	山形県自動車販売健康保険組合理事長 殿						口座名義			
本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。						受 付 日 付 印				
	被保険者 (申請者)	氏 名	年 月 日							
	住 所									
	代 理 人 (口座名義人)	氏 名	TEL ()							

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	⑭ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤状況を記入して下さい。 出勤は出 欠勤は○ 有給は⑥ 休日は⑧	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	出勤 日	有給 日	欠勤 日																										
		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	出勤 日	有給 日	欠勤 日																										
		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	出勤 日	有給 日	欠勤 日																										
		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	出勤 日	有給 日	欠勤 日																										
	⑮ 労務に服さなかった期間中の報酬支払状況 (該当するところに✓を入れること)																		☐ ア. 全部支払った。又は予定												☐ イ. 一部支払った。又は予定												☐ ウ. 一切支払わない。																			
	⑯ 支払の方法 ⑦	日締切 ☐ 当月 ☐ 翌月										日支払										賃金形態										⑰ ☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 日給月給 ☐ その他 ()																														
	⑰ 通常(1ヶ月出勤した場合)支給する報酬について											基 本 給 ☐ 月給 ☐ 日給																														合 計																				
	⑱ 労務に服さなかった期間を含む1ヶ月毎の賃金台帳を写して下さい。	月 分	月 日から 月 日まで																																																		0									
		月 分	月 日から 月 日まで																																																											
		月 分	月 日から 月 日まで																																																											
月 分		月 日から 月 日まで																																																												
給与支給算出内訳 (この算出式にあてはまらない場合は、下記に記入して下さい。)	(基 本 給)										円÷										日(時間)×										日(時間)=										円																					
	()										円÷										日(時間)×										日(時間)=										円																					
	()										円÷										日(時間)×										日(時間)=										円																					
	()										円÷										日(時間)×										日(時間)=										円																					
欠勤控除の方法を記入して下さい。(基本給、手当等)																																																														
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 名 称 事業主名 T E L () 初回請求のものは出勤簿・賃金台帳の写し及び 役員の場合は議事録の写しを添付して下さい。																																																														

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑳ 患者氏名																			㉑ 療養給付開始年月日 (診療開始年月日)	年 月 日																							
	㉒ 傷 病 名																			㉓ 発病又は負傷の年月日																								
	㉔ 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで										日 間										㉕ 発病又は負傷の原因																						
	㉖ 入院の場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで										日 間										㉗ 療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費 ☐ 自費 ☐ その他				㉘ 転帰	☐ 治癒 ☐ 繰越 ☐ 中止 ☐ 転医																
	㉙ 診療実日数	日	診療日を○で囲んでください。										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										
	㉚ 傷病の主症状及び経過 (詳しく)																																											
		㉛ 人工透析又は人工臓器等を装着したとき	人工臓器等の種類										人工透析を実施又は人工臓器を装着した日										年 月 日																					
											☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他 ()																																	
㉜ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																																												
医療機関所在地 名 称 医師氏名										TEL ()																																		

(担当医の注意事項)

1. ㉜は、被保険者が休んだ期間に関係なく、医学的な立場で労務不能と認められる期間を記入して下さい。

2. ㉜は、「㉜労務不能と認めた期間」中における傷病の主症状及び経過等なるべくくわしく記入して下さい。

3. 全欄もらず記入して下さい。