

(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はできるだけ詳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	支期	年 月 日	日間	月 月 日 日	日間
	資格喪失	年 月 日	支期	年 月 日	日間	月 月 日 日	日間
	資格取得	年 月 日	入院	年 月 日	日間	月 日	日間
	資格喪失	年 月 日	入院	年 月 日	日間	月 日	日間
	標準報	年 月 日	千円	年 月 日	千円	報酬の支給によるため	
酬月額	年 月 日	千円	年 月 日	千円	前回 月 日	日まで支給済	
		千円	年 月 日	千円	年 月 日	日以降給付期間満了	

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 番号	② 事業所の 名 称	③ 被保険者の 職 種	
	④ 傷 病 名				⑥ 勤 務 中 で ず か。
	⑤ 発病又は負 傷の原因 (くわしく)	⑦ 傷病発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	時 分
		⑧ 傷病発生場所			
		⑨ 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
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	⑫ ⑪で「はい」の場合 どちらを受給してい ますか。	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	
	⑬ ⑪で「はい」 又は「請求 中」の場合	⑭ 傷 病 名	⑮ 基礎年金番号	⑯ 年金コード	⑰ 支給開始年月日
	⑱ ⑰で「はい」の場合、 ⑱ 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。					
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)	住 所	氏 名	銀行 店		
	TEL ()		預金種別		
山形県自動車販売健康保険組合理事長 殿			口座番号		
			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			
代 理 人 (口座名義人)	住 所	氏 名			
	TEL ()				

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○ 欠勤は○ 有給は⑮ 休日は⑯	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	有給	欠勤
	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	有給	欠勤
	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	有給	欠勤
	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	有給	欠勤
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	⑰ 日締切	□ 当月 □ 翌月	日支払	賃金形態	⑱ □ 月給 □ 日給 □ 日給月給 □ その他 ()																														
⑲ 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																															
⑳ 労務に服さなかつ た期間を含む1ヶ 月毎の賃金台帳を 写して下さい。 〔支給しない場 合は0円と記 入して下さい〕	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																																	
	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	()	円÷	日(時間)×	日(時間)=	円	()	円÷	日(時間)×	日(時間)=	円	()	円÷	日(時間)×	日(時間)=	円
㉑ 欠勤控除の方法を記入 して下さい。 (基本給、手当等)																																			
㉒ 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	TEL ()																															
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。																																			

㉓ 患者氏名	㉔ 療養給付開始年月日 (診療開始年月日)	年 月 日
㉕ 傷 病 名	㉖ 発病又は負傷の年月日	
㉗ 労務不能と 認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
㉘ 入院の場合 はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
㉙ 診療実日数	診察日を ○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 療養費用の別	
	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 転帰	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
㉜ 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
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日
㉝ 上記のとおり相違ないことを証明します。		
㉞ 医療機関所在地 名 称 医師氏名	TEL ()	

(担当医の注意事項)

1. ㉔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. ㉖は、「㉗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をなるべくくわしく記入して下さい。
3. 全欄もらさず記入して下さい。