

組合記入欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	資格取得日			支給開始日					
							S・H・R	年	月	日	令和	年	月	日	
							資格喪失日			支給済期間(終)					
							令和	年	月	日	令和	年	月	日	
健康保険 傷病手当金 支給申請書							支給額		百万	拾万	万	千	百	拾	円
同 年 月 日		令和 年 月 日													

- 【ご注意ください】
- 訂正がある場合は被保険者(申請者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(申請者)以外の訂正は認められません。
 - 傷病の原因が「ケガ」の場合は「負傷原因届」、第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
 - 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
 - 被保険者(申請者)及び事業所以外の代理人口座への給付金振込を希望する場合は、別紙・確認書類の添付が必要となります。

【被保険者記入欄】 (第 回目)

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平	年	月	日			
	氏名	(フリガナ)		携帯電話番号							
	住所	〒	-	都・道 府・県							
	事業所名称										
振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・その他()		預金種別	普通・当座・その他()						
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()		口座番号							
委任状	口座名義が 代理人の場合に ご記入ください。	被保険者 (申請者)	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。		令和	年	月	日			
		代理人 (口座名義人)	氏名	住所							
申請内容	傷病名	1)	発病又は 負傷年月日	平・令	年	月	日				
		2)		平・令	年	月	日				
		3)		平・令	年	月	日				
	発病時の状況 又はケガの原因	原因 区分		<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)							
	療養の状況 (傷病状態、医師からの指示等具体的に)										
	仕事の内容(具体的に)	退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。									
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	日間				
		令和	年	月	日	まで					
	上記期間に報酬を受けた、又は今後受けられますか。	はい / いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の 基礎となった期間と報酬額		令和	年	月	日	から	報酬額	円
					令和	年	月	日	まで		
障害厚生年金又は障害手当金を受給について	受給中 / 請求中 / いいえ	傷病名	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金								
		基礎年金番号	年金額				円				
(退職した方のみ) 老齢又は退職を事由とする公的年金について	受給中 / 請求中 / いいえ	年金の名称									
		基礎年金番号	年金額				円				
労災保険からの休業(補償)給付について	受給中 / 請求中 / いいえ	請求先の労働基準監督署	労働基準監督署								

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

全国外食産業ジェフ健康保険組合

- 【ご注意ください】
- 「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。出勤簿は〔出勤・欠勤・公休・有給等〕勤怠が割り振られたものをご用意ください。
 - 訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容と事業所担当者の氏名(サイン)を記入してください。
 - 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
 - 提出する前に、記入漏れがないか確認してください。(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

事業主記入欄	被保険者氏名												
	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	備考 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()						
		令和	年	月	日	まで		日間					
	賃金計算	給与締日	日	支払日	当月 / 翌月	日							
	該当するものに○をつけてください。												
	通勤手当	1か月 / 3か月 / 6か月 / 実費 / なし 〔)円											
	有給休暇	なし / あり	対象期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間
	算出根拠	= 円											
	欠勤控除 算出根拠	〔)円 ÷ 日 / 時間 × = 円											
	報酬等記入欄 (報酬がある場合、支給に至った算出根拠を添付する賃金台帳に記入してください。)	報酬の名称	支給対象期間				支給額						
		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	円	
		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	円	
復職状況	<input type="checkbox"/> 月 日に復職(予定) <input type="checkbox"/> 休業継続												
労災申請の確認	申請予定 / 申請なし (申請予定の場合は、一度組合にご連絡ください。)												
上記の通り相違ないことを証明します。													
所在地													
事業主名称													
事業主氏名													
						担当者氏名							
						連絡先							
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄													

【ご注意ください】

- ① 訂正がある場合は、療養を担当した医師が二重線で抹消し正しい内容と医師の氏名(サイン)を記入してください。
療養を担当した医師以外の訂正は認められません。
下記医師意見欄の記載内容を被保険者等が修正加筆した場合は、書類の改ざん(不正行為)とみなし給付金の支給停止となる可能性があります。
- ② 【労務不能と認められた期間】及び【証明年月日】は未来日付けで記入をしないでください。
- ③ 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
- ④ 提出する前に、記入漏れがないか確認してください。(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

患者氏名			
傷病名	1)	療養の給付開始年月日(初診日)	1) 平・令 年 月 日
	2)		2) 平・令 年 月 日
	3)		3) 平・令 年 月 日
発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は負傷の原因	
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から	診療実日数と診療最終日	日 (労務不能期間中の診療日数)
	令和 年 月 日 まで 日間		令和 年 月 日 (労務不能期間中の最終受診日)
うち入院期間	令和 年 月 日 から	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	令和 年 月 日 まで 日間		
主たる症状及び経過(できる限り詳しくご記入ください。)			
労務不能認定期間の傷病状態		労務不能認定期間の治療状況	前回の症状との比較
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見(できる限り詳しくご記入ください。)			
今後の状況について	医学的に見て、今後の就労の可否	未定 / 可能 (就労可能年月日:令和 年 月 日頃)	
	今後の療養見込期間	令和 年 月 日まで	
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日	障害者手帳の申請について	証明書を記載しましたか
	平・令 年 月 日		はい / いいえ
	人工臓器等の種類		証明書記載日
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <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()		令和 年 月 日
			障害認定日(症状固定日)
			令和 年 月 日
記載内容について相違ありません。			証明日 令和 年 月 日
所在地			
医療機関名			
医療機関印を押して下さい			
電話番号			医師名

医師等が意見を記入するところ

同意書

傷病手当金の支給決定のために必要があるときは、医療保険者及び
保険医療機関等に照会・調査を依頼することに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名

印

全国外食産業ジェフ健康保険組合

理事長 殿