

傷病手当金支給申請書

◎申請上の注意
 一、この様式は、被保険者が傷病のために会社の勤務を休み、休んだ期間の報酬等の支払いを減額又は受けられない場合に申請するものです。
 二、この申請をするときは「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出してください。

										第 回						
被保険者等	記号		従業員番号		生年月日		昭和 平成		年	月	日					
	番号															
所属事業所 及び部署名	電話		資格取得 年月日		平成 令和	年	月	日	資格喪失 年月日		平成 令和	年	月	日		
傷病名					発病または 負傷年月日			平成 令和	年	月	日					
発病または 負傷の原因	詳しい傷病原因等をご記入ください。				労災給付の 受給状況の 確認		1.受給していない 2.受給している 3.申請中である		第三者行為 によるもので すか		1.はい 2.いいえ					
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服する ことができな かった期間		令和	年	月	日	から	日間								
			令和	年	月	日	まで									
上記の期間中 に報酬の全部 または一部を 受ける事ができ るとき		令和	年	月	日	から	日間									
		令和	年	月	日	まで										
受けた報酬額または受けることができる報酬額												円				
各種年金・障 害手当金受給 の有無	1.なし		種別	1.障害年金		受給 金額	年額		受給 対象の 傷病名	受給 開始 年月日		平成・令和		年	月	日
	2.あり			2.障害手当金			円									
3.請求中		3.老齢年金														
無職無収入の 証明	※資格喪失後の方、任意継続被保険者の方は、無職無収入証明をご記入ください。															
	令和	年	月	日	から	日間					無職無収入でした。					
令和	年	月	日	まで												
被保険者名義 振込先	銀行				本店・支店		普通・当座		店番号							
	口座名義(カタカナ)				口座番号											
上記のとおり申請します。																
令和 年 月 日																
住所 〒																
被保険者 氏名																
電話 ()																
ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿																

- 1.当申請書は、ひと月ごと(暦月)に作成の上、提出してください。
- 2.障害年金・障害手当金・老齢年金等を受けている方は、受給資格者証及び直近の年金振込通知書等の写しを添付してください。

受付日付印

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から 金 円 令和 年 月 日まで (月 日支払)
		一部支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から 金 円 令和 年 月 日まで (月 日支払)
		現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	
	欠勤控除を行っている場合その控除額	1日当たり 欠勤日数 欠勤控除額 円 × 日 = 円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主 氏名			

療養を担当した医師の意見	傷病名		発病又は負傷の原因	
	発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療実日数 日
	入院した場合はその期間	令和 年 月 日から	令和 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。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名称 医師氏名 電話 ()			