

健康保険 傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者証の （右づめ）	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 [][] - [][])	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][] - [][][][])		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ([][])	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 [][][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 [][] - [][]) TEL ([][] - [][][][])	住所 (フリガナ)	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R2.12)
受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課（電話 0493-22-0890）までご連絡ください。
※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	3 該当の傷病の発病時または負傷時の状況						
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	(<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和)	年	月	日	から	日数
						まで	日間
	5 あなたの仕事の内容（具体的に） （退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容）						

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 - ① 「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）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。〕	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 _____ 円
	3 （健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。） 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。〕	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 _____ 円	
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署 _____	

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。（にチェックをお願いいたします）

- ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。												出勤	有給																							
	令和	年	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	計	日	日
	令和	年	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	計	日	日
令和	年	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	計	日	日	
上記の期間に対して、賃金が発生しました(します)か？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		日																								
												支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日																					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金発生状況をご記入ください。																																					
発生した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月	日	月	日	月	日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 通勤手当が複数月支給され、欠勤控除されていない場合控除計算の為過去支給済でも今回該当月についてご記入ください。																											
				～	月	日分	～	月	日分		～	月	日分																								
			月	日	月	日	月	日	ヶ月分		円																										
									月		～	月分																									
									支給日																												
									令和 年 月 日																												
									担当者氏名																												
									電話 ()																												
上記のとおり相違ないことを証明する。																																					
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																				
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)												(1)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																	
		(2)													(2)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																	
		(3)													(3)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																	
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病	発病または負傷の原因																														
労務不能と認められた期間	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日から	<input type="checkbox"/> 負傷																															
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日から	日間	療養費用の別									転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																			
	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他									<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																			
診療実日数 (入院期間を含む)	診療日・入院	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				
	していた日を	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				
	○で囲んでく	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				
	日	日	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				
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																		手術年月日																			
																		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日																	
																		退院年月日																			
																		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日																	
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な所見																																					
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	人工臓器等の種類	<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																																					
上記のとおり相違ありません。																																					
医療機関の所在地																																					
医療機関の名称																																					
医師の氏名																																					
電話 ()																																					

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。