

傷病手当金支給申請書（第 回目）

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号		氏名 (フリガナ)		生年月日					
	記号	番号	氏名	自署の場合は押印不要 Ⓜ	昭和 平成	年	月	日		
保 険 者 が 記 入 す る 欄	連絡先									
	〒 電話					メールアドレス				
傷 病 名	住所				発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日	
	1)					平成 令和	年	月	日	
2)				平成 令和		年	月	日		
3)										
傷 病 の 原 因 に つ い て	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 ※ケガの場合は負傷原因届の添付必須 傷病の状態を詳しく(症状等)									
	療養のために休んだ期間(申請期間)									
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					日まで 日間					
上記療養のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。					現在まで	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない				
					今後	<input type="checkbox"/> 受ける <input type="checkbox"/> 受けない				
「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払基礎となった(なる)期間										
報酬支払期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日まで 日間							
受けた報酬		円	今後受ける報酬		円					
■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給または請求中ですか。					<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> どちらでもない					
受給中または請求中と答えた方は以下もご記入ください。										
年金等の種別		<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他()								
傷病名		年金額			円					
基礎年金番号		支給開始日								
■労災保険から休業補償を受けているまたは請求中ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
はいと答えた方は支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください。					労働基準監督署					

振 込 希 望 口 座	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組				支店・営業部 本店・出張所					
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()									
	口座番号	口座名義人 カタカナで記入									

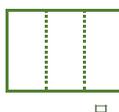
給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込をされる)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。										
						令和 年 月 日					
	被保険者(申請者)		住所 氏名			Ⓜ					
	代理人		住所 氏名			Ⓜ 委任者と代理人の関係					
			電話								

受付印

トータルビューティー
健康保険組合

療養担当者記入用

療 養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る 欄	患者氏名															
	傷病名	1)							療養の給付 開始年月日 (初診日)	平成 令和		年		月		日
		2)								平成 令和		年		月		日
		3)								平成 令和		年		月		日
	発病または 負傷の年月日	平成 令和		年		月		日	<input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> 負傷	発病 または 負傷の 原因						
	労務不能と 認められた期間	平成 令和		年		月		日	から							
		平成 令和		年		月		日	まで							
	うち入院期間	平成 令和		年		月		日	から	日間 入院	療養費用 の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ()				
		平成 令和		年		月		日	まで		転帰	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医				
	診療 実日数 (入院期間 を含む)	 日		診療日および 入院していた 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								
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																
								手術年月日	平成 令和		年		月		日	
								退院年月日	平成 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																
(診療実日数0日間の場合のみ記入) 診察なしで療養のため労務不能と認められた医学的な所見を詳しく																
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		平成 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 ()										
上記の通り相違ありません。										令和		年		月		日
医療機関の所在地																
医療機関の名称																
医師の氏名																
☎ 電話 ()																