

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

傷病手当金支給申請書 [第 1 回]

被保険者記入欄	健康保険被保険者証		申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日						
	記号	番号 (左づめで記入)	事業所名	大阪○×△(株)						
	1	2	3	4	5	6	7	8	所属 (または出向先)	○× 部 △□ 店・グループ課・室
	被保険者の氏名		被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×						
	(氏) ケンボ 健保	(名) タロウ 太郎 ㊟	連絡先	自宅	×××-××××-××××					
			職場	×××-××××-××××	携帯	×××-××××				
	労務不能期間	※医師の意見欄と同様にしてください。 令和 ○ 年 × 月 △ 日から 令和 ○ 年 × 月 △ 日まで		◇ 日間	第三者行為による ものですか	はい いいえ				
	傷病名	※医師の意見欄と同様にしてください。 ○△□×		医師の証明欄と同一のこと						
	発病・負傷の原因	※医師の意見欄と同様にしてください。 ○△□×								
	年金等受給状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 無 ・ 有 (右記いずれかに○) <ul style="list-style-type: none"> ・ 老齢年金等 ・ 障害年金等 (傷病名:) ・ 雇用保険の受給(予定) 								
年金等有の方のみ 記入	受給額 (年額)	円	受給開始月	令和	年	月				
私は、傷病手当金受給期間において障害年金、老齢厚生年金等および雇用保険を受給していないことを証明します。万一受給していた場合は、傷病手当金をお返しすることをお約束いたします。										
令和 ○ 年 △ 月 × 日 被保険者氏名		健保太郎		㊟						
※上記「年金等受給状況」で無に○をつけた方のみ、証明欄に記名・押印して下さい。 ※自ら署名した場合も必ず押印ください										
委任状	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。		令和○年△月×日 被保険者氏名		健保太郎 ㊟					
※自ら署名した場合も必ず押印ください										

※訂正する場合は、二重線で訂正の上で訂正印を押印ください。

※年金等を受給している場合は、初回申請時に年金証書(写)を添付してください。
受給額の変更があった時には再度添付してください。(在職老齢年金は調整の対象外)

自署の場合も押印が必要

健保記入欄	受付No.	
	月額(日額)	千円() 円
	支給期間	/ ~ /
	支給日数	日
	給付開始	令和 年 月 日
	法定給付額	円
支給決定額	円	

【注意】

- ・各月20日締切提出時に書類等に不備があった場合は、翌々月の支給となる場合があります。
- ・翌月支給のために、15日位を目処とした早めの提出をお願いします。

~~~~~ 受付印 ~~~~~

健康保健被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。  
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。

|           |             |   |   |   |   |   |   |         |     |
|-----------|-------------|---|---|---|---|---|---|---------|-----|
| 健康保険被保険者証 |             |   |   |   |   |   |   | 被保険者の氏名 |     |
| 記号        | 番号 (左づめで記入) |   |   |   |   |   |   | (氏)     | (名) |
| 1         | 2           | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 健保      | 太郎  |

【労働日のみ減額の事業所】出勤→出、有給→△、欠勤→×、公休日→○、  
 【1/30日分を減額の事業所】出勤→出、減額しない休暇→△、減額する休暇→×

|                      |   |                |       |            |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|----------------------|---|----------------|-------|------------|-------|---------------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| 事業主の証明欄              | □ | 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 |                |       |            |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    | 出  | 出  | 出  | ○  | ○  | 出  | 出  | 出  | 出  | 出  | ○  | ○  | 出  | 出  | 出  |  |  |  |  |
|                      | ◇ | 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                    | 出 | ○              | ○     | △          | ×     | ×             | × | × | ○ | ○  | ×  | ×  | ×  | ×  | ×  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 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 |    |  |  |  |  |
| 欠勤減額の取扱い (右記のいずれかに○) |   | 労働日のみ減額        |       | 1/30日分を減額  |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 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 |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 休職給支給の有無             |   | 有 ・ 無          |       | 休職給支給のある場合 |       | 日額            |   | 円 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 休職給を支給した期間           |   | 令和 ○ 年 ○ 月     | △ 日から | 令和 ○ 年 ○ 月 | × 日まで | 日間            |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 以上のとおり証明いたします。       |   | 令和 ○ 年 × 月 △ 日 |       |            |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 事業主または代理人            |   | 大阪○×△(株)       |       |            |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 所在地                  |   | ◇◇府○△市◇町×-×-×  |       |            |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 氏名                   |   | ○△ ××          |       | 印          |       |               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 担当者氏名                |   | ○△ ○×          |       | 担当者電話番号    |       | ×××-××××-×××× |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |

療養を担当した医師の意見欄 (枠内は全て記入してください。)

|                                              |                  |                   |                   |
|----------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| 傷病名                                          | 主病               | ○○○○              |                   |
| 発病または負傷の原因                                   | ○○○○○○○          |                   |                   |
| 発病または負傷の年月日                                  | 令和 ○ 年 △ 月 □ 日   | 療養の給付を開始した期日(初診日) | 令和 年 月 日          |
| 労務不能と認めた期間                                   | 令和 ○ 年 △ 月 □ 日から | 令和 ○ 年 △ 月 × 日まで  | ◇ 日間              |
| 入院した期間                                       | 令和 年 月 日         | 日まで               | 日間                |
| 労務不能と認めた理由(自覚的症状、他覚的所見など)、治療経過について詳しくご記入ください |                  |                   |                   |
| ○○○○○○○○                                     |                  |                   |                   |
| 医学的に見て、今後就労の可否                               | 可能 ・ 不能          | 可能な時期             | 令和 ○ 年 × 月頃       |
| 症状は固定                                        | している ・ していない     | 症状固定年月日           | 令和 ○ 年 × 月 ○ 日    |
| 上記のとおり相違ありません。                               |                  | 今後の療養見込期間         | 令和 年 月頃 ・ 現時点では不明 |
| 令和 ○ 年 △ 月 × 日                               |                  |                   |                   |
| 医療機関所在地                                      | □□府○△市◇町△-○      |                   |                   |
| 名称                                           | ○○○病院            |                   |                   |
| 電話                                           | ×××-××××-××××    |                   |                   |
| 医師氏名                                         | ○○ △△            |                   |                   |
| 印                                            |                  |                   |                   |

証明日付は、必ず労務不能期間末日以降となる。