

健康保険 傷病手当金支給申請書

(第 回目)

医師意見書

【被保険者の注意】
 ・ ③の印と⑥の印は同じ印鑑を使用し、ハッキリと押印してください。
 ・ 障害年金、障害手当金を受給しているときは⑨を記入のうえ、年金証書の写、並びに直近の額を証する書類を添付してください。
 ・ 老齢年金、退職年金等の受給者で、退職後の期間にかかる申請であるときは⑩を記入のうえ、年金証書の写、並びに直近の額を証する書類を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証	記号 番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 印	
	④ 現住所	〒 - 自宅又は連絡先電話番号() -			
	⑤ 療養のため休んだ期間 (申請期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑥ 左の期間分の報酬を 受けた・受けられるが受けていない・ 受けられない	日間	
	⑦ 傷病名	発病(負傷)年月日時 年 月 日 午前 時 午後 時			
	⑧ 発病又は負傷 の状況(詳しく)	第三者行為によるものですか はい・いいえ			
	⑨ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい・いいえ・請求中			
	受給している場合、どちらを受給していますか	障害厚生年金・障害手当金			
	支給事由となった傷病名				
	基礎年金番号	年金コード			
	支給開始年月日	年 月 日	年金額	円	
⑩ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい・いいえ・請求中				
基礎年金番号	年金コード				
支給開始年月日	年 月 日	年金額	円		
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					

【事業主の注意】
 ・ 申請の際には、賃金台帳、出勤簿等の写を添付してください。
 ・ 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請であるときは、証明を行う必要がありません。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑪ 労務に服さなかった日(該当する日を○でかこむ)				
	平成 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	合計		
	平成 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			
	平成 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	日間		
	⑫ ⑪の労務に服さなかった期間に対する報酬の支給状況				
	支給期間	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	
	区分	支 給 額	1日当りの額	支 給 額	1日当りの額
	基本給				
	通勤手当				
	家族手当				
住宅手当					
計					
⑬ 被保険者の業務の種類	⑭ 被保険者の 給与形態		月給・日給	月給・日給	
(その他)					

⑮ 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日	受付日付印	
事業所 所在地 名称		電話 () -
事業主 氏名		印

⑯ 本申請に基づく給付金に関する受領を 平成 年 月 日	に委任します。
被保険者氏名	印

平成 年 月 日提出

大阪府電設工業健康保険組合

⑰ 発病又は 負傷した年月日	平成 年 月 日	⑱ 初診年月日	平成 年 月 日
⑲ 発病又は 負傷の原因			
⑳ 傷病名			
㉑ 労務不能と 認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	㉒ ㉑の期間中の 診療実日数
㉓ ㉑の期間中に 入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	㉔ 労務可能 見込年月日
㉕	平成 年 月 日頃		
⑳ 療養を担当した医師が 意見を記入するところ	詳しく記入してください。		
㉖ 転 帰	治 ゆ	継 続	中 止

㉗ 上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日	電話
医療機関の 所在地 名称	() -
医師の氏名	印

(共通する注意事項)
 訂正したところは、各記載者の印と同じ印を訂正印として押印してください。