|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者が記入するところ** | ①  被保険者等 | 記号 |  | | ②  氏名 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 番号 |  | |
| ③  現住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　自宅又は連絡先電話番号（　　　　　　　）　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④  療養のため休んだ期間  （申請期間） | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 から 令和　　　　年　　　　月　　　　日 まで　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤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。又は今後受けられますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | はい　　・　　いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥  傷病名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 発病（負傷）年月日時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月 　　日 | | | | | | | | | | | | 午前  午後 | | | | 時頃 | | | | |
| ⑦  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 | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 障害厚生年金又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。 | | | | | はい　・　請求中　・　いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害厚生年金　・　障害手当金 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧-1「はい」又は「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・基礎年金番号のみご記入ください。 | | | 傷病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基礎年金番号 | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | 年金ｺｰﾄﾞ | | | | |  | |  | |  | |  |
| 支給開始年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年金額 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| ⑨ 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　・　請求中　・　いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨-1「はい」又は「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等ご記入ください。  「請求中」と答えた場合は、  基礎年金番号のみご記入ください。 | | | 基礎年金番号 | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | 年金ｺｰﾄﾞ | | | |  | | |  | |  | |  |
| 支給開始年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年金額 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| ⑩労災保険から休業補償給付を受けていますか。 | | | | | はい　・　請求中　・　いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩-1「はい」または「労災申請中」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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪  受領委任欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。  令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ マイナンバー記載欄（①欄の記号番号を記入した場合は不要です） | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | |  | |  | |  | |
| ⑬  備考欄  いずれかに✓してください | □　被保険者本人が記入したものである。  □　事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 健康保険 **傷病手当金** 支給申請書 (第　　回)  **3**  **2**  **１**  被保険者記入用 |

・申請書は黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

・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、正しい内容をご記入ください。

受付日付印

・障害年金、障害手当金を受給しているときは⑧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の写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の写を添付してください。

・労災保険から休業補償給付を受給しているときは⑩を記入のうえ、休業補償給付支給決定通知書の写を添付してください。

・被保険者が押印されない場合は⑬の□に✓を記入してください。

大阪府電設工業健康保険組合

|  |
| --- |
| 健康保険 **傷病手当金** 支給申請書  **3**  **１**  **2**  事業主記入用 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業主が証明するところ** | ⑭　 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | |
| ⑮ 労務に服さなかった日（該当する日を○で囲んでください） | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 合　計  日間 |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| ⑯ ⑮の労務に服さなかった期間に対する報酬の支給状況 | | | | | | | | | | | 備考 | |
| 支給期間  区分 | 月 　日～　 月　 日分 | | | | | 月 　日～　 月　 日分 | | | 月 　日～　 月　 日分 | |  | |
| 支給額 | | | 1日当りの額 | | 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 |  | | |  | |  |  | |  |  |
| ⑰ 被保険者の業務の種別 | | | | |  | | | ⑱ 被保険者の給与形態 | | | 月給・日給月給・日給・時給 | |
| ⑲　上記のとおり相違ありません。  令和　　　年　　　月　　　日  事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話番号　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、提出は不要です。

【事業主の方へ】

・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。

・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

大阪府電設工業健康保険組合

**１**

**2**

**3**

|  |
| --- |
| 健康保険 **傷病手当金** 支給申請書  療養担当者記入用 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **療養担当者が意見を記入するところ** | ⑳  患者氏名 | |  | |  | | |
| ㉑  傷病名 | |  | | ㉒ 初診年月日 | 平成  令和 | 年　　 月 　　 日 |
| ㉓ 発病又は負傷  した年月日 | 平成  令和 | 年　　 月 　 　日 |
| ㉔　発病又は  負傷の原因 | |  | | | | |
| ㉕ 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 | | | | |
| ㉖  ㉕の期間のうち  入院した期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日 から 令和　　　年　　　月　　　日 まで　　　　　日間 | | | | |
| ㉗ ㉕の期間中の診療実日数及び診療日 | | | | | | |
| 診療実日数  （入院期間を含む）  日間 | 診療日及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 | | | |
| ㉘　　転　帰 | | □　治癒　　　　□　継続　　　　□　中止　　　　□　転医 | | | | |
| ㉙　 上記㉕期間中における主症状と経過（治療内容、検査結果、療養指導等） | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ㉚ 　労務不能と認めた理由について | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ㉛　上記のとおり相違ありません。  　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | |

【被保険者の方へ】

・療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

・病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

・㉛欄　医師の押印がない場合は、申請期間の受診にかかる領収書(写)、診療明細書(写)を添付してください。（調剤薬局分を含む。）

【療養担当者の方へ】

・㉕欄　治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。

・㉙㉚欄　症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

大阪府電設工業健康保険組合