

同年月日 令和 年 月 日

常務理事	事務局		支給期間	R . .	日間	円	
			支給期間	R . .	日間	円	
傷病手当 支給予定	開始日	R . .	日額	円		支給 残日数	日
	1年6ヶ月後	R . .					
	支給予定日数	日	支給決定 金額		支給決定金額		
延長傷手 支給予定	開始日	R . .	<備考>				
	前回最終日	R . .					
	終了日	R . .					
資格関係	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 取得 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 喪失						

\*この線より上は請求者において記入しないこと

(どちらか○をしてください。)

## 傷病手当金・延長傷病手当付加金 支給申請書 (第 回)

傷病手当金 1/3

◆被保険者(申請者)記入用 ※該当に☑をし記入モレの無いようご注意ください。記入モレが有る場合は返却します

①記号	②番号	③事業所の名称	④生年月日		⑤社員番号
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
⑥傷病名			⑦発病又は 負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
⑧発病又は負傷 の原因を詳しく	※原因が不明な場合に『不詳』と記載してください。		⑨第三者行為に よるものか	※被害事故、自損事故も含まれます。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑩労務不能期間 (請求期間)	※請求は1ヶ月単位です。ただし、初回請求は最大2ヶ月まで可能です。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
⑪休んだ期間の 傷病の状態	※請求期間中の症状や医師からの指示等を詳しくご記入ください。				
⑫他の健保組合 からの傷病手当 受給状況	<input type="checkbox"/> 受給したことはない <input type="checkbox"/> 受給したことがある				
	傷病名:	健保組合名:			
⑬労災保険から休業補償給 付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> いいえ ※休業補償給付を受給している方は、支給決定通知書・支払振込通知書(写)を添付してください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 → ( ) 労働基準監督署				
	⑭上記⑬で『はい』もしくは 『申請中』の方は右欄も記入 ください。	受給の原因となった傷病名	受給開始日	受給額(年額)	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円		
⑮障害厚生年金又は障害 手当を受給していますか。	※年金を受給している方は、初回のみ年金証書(写)を添付してください。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中				
	⑯上記⑮で『はい』もしくは 『申請中』の方は右欄も記入 ください。	受給の原因となった傷病名	受給開始日	受給額(年額)	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円		
⑰高齢年金について (任継もしくは資格喪失者のみ)	※年金を受給している方は、初回のみ年金証書(写)を添付してください。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中				受給額(年額)
					円
⑱振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。 [銀行・信用金庫・農協] (コード: ) (コード: ) [本店・支店・出張所]				
	貯金 種別	普通・当座	口座 番号	口座 名義	
			郵政 記号	1	0

帝人グループ健康保険組合理事長 殿

住所  
被保険者  
氏名

令和 年 月 日

TEL ( )

(どちらか○をしてください。)

# 傷病手当金・延長傷病手当付加金 支給申請書 (第 回)

## ◆療養担当医記入用

傷病手当金 2/3

① 患者氏名			
② 傷病名	③ 療養の給付開始年月日	令和 年 月 日	
④ 発病又は負傷の原因を詳しく	※原因が不明な場合は『不詳』と記載してください。	⑤ 発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
⑥ 労務不能期間(請求期間)	※申請書1枚目にあります⑥の期間のうち、労務不能と認めた期間についてご記入ください。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		
⑦ うち入院期間	※上記⑥の期間のうち、入院した期間についてご記入ください。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		
⑧ 令和 年	⑨ 診療日を『○印』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		
⑩ 上記期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等 (できるだけ詳しくご記入ください。)			
⑪ 症状の経過からみて、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 (できるだけ詳しくご記入ください。)			
⑫ 診療月に「診療実日数0日」の月がある場合、診察なしで労務不能と認められた所見 (できるだけ詳しくご記入ください。)			
帝人グループ健康保険組合理事長 殿		令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。		※上記の⑥労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。	
医療機関の所在地		〒 -	
医療機関名称			
医師氏名			
TEL( )			

### [注意事項]

- ・記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を医師の訂正印をお願いいたします。
- ・上記内容が網羅されていれば、医療機関で作成された書式を添付していただいてもかまいません。
- ・上記③欄は、その傷病について健康保険による療養を始めた日をご記入ください。

(どちらか○をしてください。)

# 傷病手当金・延長傷病手当付加金 支給申請書 (第 回)

◆事業主記入用 ※労務に服することが出来なかった期間の勤務状況、及び賃金支払い状況等をご記入下さい。

① 社員番号		② 事業所の名称		③ 被保険者氏名		傷病手当金 3/3																											
④ 労務不能期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (うち 日間)				労務に服さなかったことを証明する。																											
⑤ 令和	年	※就労状況 : 欠勤・黒○ 半日・△ 有給・赤○ 公休日・斜線/ 出勤・無印 と表示してください。						⑥ 全欠勤																									
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
⑦ 給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他( )																															

## ●上記期間中における賃金の支給状況

	賃金を支給した期間				支給額					
『○:欠勤』の期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	うち	日分	円
『△:半日』の期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	うち	日分	円
『赤○:有給』の期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	うち	日分	円
『/:公休』の期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	うち	日分	円
	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	うち	日分	円
総支給額								日分	円	

帝人グループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名称

代表者氏名

### [注意事項]

- 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所には事業主の訂正印(㊟)をお願いします。
- 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。
- 被保険者資格喪失後の請求期間分の申請は、事業主証明は必要ありません。