伺年月日　令和　　年　　月　　日

常務理事	事務局

傷病手当支給予定		
	開始日	令和　.　.
	1年6ヶ月後	令和　.　.
	支給予定日数	日
	前回最終日	令和　.　.
延長傷手支給予定	開始日	令和　.　.
	前回最終日	令和　.　.
	終了日	令和　.　.
資格関係	□平成□令和　年　月　日　取得 □令和　年　月　日　喪失	

支給期間	令和　.　. 令和　.　.	日間	,　円
支給期間	令和　.　. 令和　.　.	日間	,　円
日額	円	支給残日数	日
支給決定金額	支給日数	支給決定金額	

＜備考＞

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

上は請求者において記入しないこと

☑ 傷病手当金　□ 延長傷病手当付加金　支給申請書　（第　1　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下さい。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
1234	1234567	帝人株式会社	☑昭和 □平成 □令和 50 年 7 月 28 日	12345

⑥傷病名	左足脛骨腓骨遠位端骨折	⑦発病又は負傷年月日	□昭和 □平成 ☑令和 4 年 9 月 22 日
⑧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。 歩行中につまづいて転倒	第三者行為によるものか	※被害事故、自損事故も含みます。 □ はい　☑ 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 5 年 3 月 1 日から 令和 5 年 3 月 31 日 31 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。 手術を2回受け、術後は包帯で固定。痛みがひどく眠れない		
⑫他の健保組合からの傷病手当受給状況	□ 受給したことはない　☑ 受給したことがある 傷病名：腰椎椎間板ヘルニア	健保組合名：○○○○○○○健康保険組合	

なるべく詳しく記入

⑬労災保険から休業補償給付を受給していますか。	□ 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。 □ はい　☑ 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 橈骨遠位端骨折	受給開始日 □昭和 □平成 ☑令和	受給額（年額） 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。 □ いいえ　☑ はい　☑ 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 統合失調症	受給開始日 □昭和 □平成 ☑令和 2 年 1 月 1 日	受給額（年額） 1,068,000 円
⑰老齢年金について（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。 □ いいえ　☑ はい　□ 申請中		受給額（年額） 780,540 円

上記⑥の傷病に関係なく、現在の状況を必ず記載が必要

任継もしくは資格喪失者の方は、必ず記載が必要

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															
	帝人（コード 123）　[銀行・信用金庫・農協]（コード 1234）　北吉田　[本店・支店・出張所]															
	貯金種別	☑普通 □当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	※カタカナで記入 テイジン　タロウ				
			郵政記号	1	1	2	3	0	郵政番号	4	5	6	7	8	9	1	1

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和 5 年 4 月 15 日

住所　○○県○○市○○○○丁目○番地

被保険者

氏名　帝人　太郎

（TEL 089 ― 972 ― 3651 ）

（該当部分に☑を付けてください）

□ 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	□ 昭和　□平成　□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⑩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『〇印』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⑥労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

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、訂正箇所に医師の訂正㊞をお願いします。
・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。

（該当部分に☑を付けてください）

☑ 傷病手当金　□ 延長傷病手当付加金　支給申請書　（第　1　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。

傷病手当金　3／3

① 社員番号	② 事業所の名称	③ 被保険者氏名
12345	帝人株式会社	帝人　太郎

④労務不能期間	令和 5 年 3 月 17 日 ～ 令和 5 年 3 月 31 日（うち 15 日間） 労務に服さなかったことを証明する。

⑤ 令和 5 年	※就労状況　:欠勤‥黒〇　半日‥△　有給‥赤〇　公休日‥斜線／　出勤‥無印　と表示してください。	⑥全欠勤
3 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	□

全欠勤の場合は、ココに☑を入れるだけで良い

⑦給与の種類	☑ 月 給　□ 日給月給　□ 時 給　□ その他（　　）

期間中に支給したもの（通手等の手当も含める）

●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	額
『〇:欠勤』の期間	令和 5 年 3 月 6 日～令和 5 年 3 月 31 日	うち 28 日分	0 円
『△:半日』の期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日	うち　日分	円
『赤〇:有給』の期間	令和 5 年 3 月 1 日～令和 5 年 3 月 5 日	うち 5 日分	38,000 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	31 日分	38,000 円

期間中に支給した報酬の合計を記載
＜例＞
全欠勤で報酬が￥0の場合でも日数や金額を追記する。

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　5　年　5　月　3　日

〒　791　－　8036
所在地　〇〇県〇〇市〇〇〇〇丁目〇番地
事業所 名 称　〇〇株式会社
代表者氏名　代表取締役　〇〇　〇〇〇

[注意事項]
・記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に事業主の訂正㊞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。