

傷病手当金支給申請書

健康保険

(第 1 回目)

◎ 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。
 ◎ 記入の方法は、裏面に書いてあります。注意事項をよく読んでください。

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等	記号 54 × ×	フリガナ アオモリ カズオ	② 被保険者の氏名 青森 一夫
		番号 82	生年月日 昭和・平成 45 年 8 月 5 日	
	③ 被保険者の現住所	〒 359-1162 TEL 04 (2948) × × × × 所沢市和ヶ原〇-〇-〇		
	④ 事業所の名称	TEL 03 (3441) × × × × 毎日管工業株式会社		
	⑤ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和 3 年 4 月 1 日	⑥ 被保険者の業務の種類	配管工
	⑦ 発病または負傷の年月日	平成 令和 5 年 12 月 10 日	⑧ 傷病名	脳梗塞
	⑨ 発病の状態および負傷の原因を詳しく	以前より手足のしびれやめまいを感じるがあった。		
	⑩ 労務に従事することのできなかった期間	令和 6 年 1 月 20 日から 令和 6 年 2 月 25 日まで	37 日間	
	⑪ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ	はいのとき、第三者の行為による傷病届は	届出済・未届け
	⑫ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(または、過去に受けたことがありますか。)	1. はい ③ いいえ 2. 労災請求中	「はい」または「労災請求中」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
⑬ 上の⑩に書いた期間中に入院した期間がありますか	あ○る・ない			
入院した期間	令和 6 年 1 月 20 日から 令和 6 年 2 月 15 日まで	27 日間	病院名 管工業中央病院 病院的所在地 所沢市青葉台〇-〇	
⑭ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	① 基礎年金番号	障害厚生年金または障害手当金の受給の原因となった傷病名		
	いいえ・請求中・はい			
⑮ 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい			
⑯ 年金コードまたは記号番号もしくは番号	支給開始日	年金額		
	年 月 日	円		
	年 月 日	円		
年金の合計額				0 円

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 6 年 4 月 19 日 被保険者 (申請者) 氏名 青森 一夫 代理人の住所 足立区鹿浜〇-〇-〇 (口座名義人) 氏名 毎日管工業株式会社 代表 岩手久雄	※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者に) おたずねください。
--------------------------------------------------------------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	× × × 銀行 神田 支店
	口座番号	① 普通・当座 No. × × × × × × × ×
	フリガナ	ケンボクチ マイニチカンコウギョウ(カ)ダイヒョウ イワテヒサオ
	口座名義人	健保口 毎日管工業株式会社 代表 岩手久雄

受付日付印

管工業健康保険組合

1回目の傷病手当金を請求される際は、㉞の期間の賃金台帳および出勤簿の写しをご提出ください。
2回目以後は必要によりお願いすることがあります。

事業主および医師の証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

事業主が証明するところ	㉞ 労務に服さなかった期間	令和 6 年 1 月 20 日から 令和 6 年 2 月 25 日まで	37 日間	
	㉟ 上の期間中として賃金を	支給した ・ 支給しない ・ 将来支給する ・ 将来も支給しない		
	㉟ 上の㉞の期間中の分として、報酬を支給した場合または支給する場合	令和 5 年 12 月 26 日から 令和 6 年 1 月 25 日まで	の分として	525,000 円
		令和 5 年 1 月 26 日から 令和 6 年 3 月 25 日まで	の分として	52,000 円 (住宅・家族手当 2カ月分)
		上記㉞の期間中に払った ・ 現物支給(定期券など) 有 ・ 無 ・ 固定的手当(住宅・家族手当など) 有 ・ 無		
		⑤ 賃金の締日 25 日 締 ⑥ 賃金の支払日は 当 〇 月 ・ 翌 月 末 日 払		
	㉟ 備考	上記の他、通勤定期代(期間令和5年10月12日～令和6年4月11日までの6カ月分)87,000円を10月31日に支給した		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 6 年 4 月 13 日			
	㊦ 事業所の所在地	足立区鹿浜〇-〇-〇		
㊧ 事業主の氏名	毎日管工業株式会社 代表 岩手 久雄			
TEL 03 (3441) × × × ×				

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名	青森 一夫		
	㊦ 傷病名	脳梗塞		
	㊧ 発病または負傷の原因	不詳		
	㊨ 発病または負傷の年月日	平成 5 年 12 月 10 日 令和 5 年 12 月 10 日	㊩ 療養の給付を開始した年月日	平成 6 年 1 月 7 日 令和 6 年 1 月 7 日
	㊪ 労務不能と認められた期間	令和 6 年 1 月 20 日から 令和 6 年 2 月 25 日まで	37 日間	左の期間中の診療実日数 30 日間
	㊫ ㊨の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく)症状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	人工透析または人工臓器等を装着したとき 人工臓器等の種類 ア、人工肛門 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析 キ、その他()		
	上記疾病にて、1月20日入院。2月10日よりリハビリを行い、2月15日に退院となった。薬物療法等のため加療中であり、労務不能である。			
	㊬ 上の㊨の期間中に入院した期間があるときはその期間	令和 6 年 1 月 20 日から 令和 6 年 2 月 15 日まで	27 日間	㊭ 入院の費用の別 健保・公費・自費
	上記のとおり相違ありません。			
	令和 6 年 4 月 10 日			
㊮ ① 医師 医療機関名	住所(所在地) 所沢市青葉台〇-〇 管工業中央病院			
氏名	山梨 精一郎			
TEL 04 (2948) × × × ×				