

# 傷病手当金(付加金)支給申請書

1枚目

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(令和 年 月分 第 回目)

令和 年 月 日提出

※この申請書は2枚1組です。また、1ヶ月単位で作成し申請してください。

記号	番号	氏名 <small>カナ</small>	生年月日 昭和・平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。			本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します
自宅住所 〒		TEL	
資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日 令和 年 月 日	事業所名	
業務の種別(部署名・職種)		(仕事の内容)	
傷病名 *外傷性疾病で第1回目申請の場合は負傷原因届を添付			平成・令和 年 月 日 発症又は負傷年月日
疾病または負傷の療養のために休んだ期間 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
発症又は負傷の原因	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災・通災	*交通事故による傷病については申請前に健保へご連絡ください。	
障害年金等または障害手当金について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中		*「障害厚生年金」「障害手当金」を受給した場合は「年金証書(写)」または「年金改定通知書(写)」等を添付してください。関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。	
⇒「有」または「請求中」の場合 平成・令和 年 月 ~受給・改定 受給病名		年金額	
老齢年金等について(資格喪失者のみ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中		*「老齢厚生年金」を受給した場合は「年金証書(写)」または「年金改定通知書(写)」等を添付してください。傷病手当金との調整対象になります。	
⇒「有」または「請求中」の場合 平成・令和 年 月 ~受給・改定		年金額	
就労できなかった主な理由			
1. 医師から働くことをとめられていたから		2. 体力に自信がないから	
3. 働く意欲がないから		4. その他(具体的に記入)	
どのような体の調子ですか(自覚症状など)			
初診時とくらべてどう変化しましたか			
医師から療養についてどのような注意を受けていますか			
いつごろから仕事に就くことができそうですか			
1. 令和 年 月 頃		2. 令和 年 月 日 より復職	
3. 見通しがたたないときはその理由			
送金先	銀行	支店	口座番号
			受取人氏名(カナ)

● 未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります。

※ 当申請書に、マイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

※ 申請書提出ルート 被保険者 → 医療機関 → 被保険者 → 勤務先社会保険担当部署 → 健康保険組合  
(退職者が退職後の申請をする場合は勤務先を通さず健康保険組合へお送りください。)

# 傷病手当金(付加金)支給申請書

2枚目

受付印

(令和 年 月分 第 回目)

※この申請書は2枚1組です。また、1ヶ月単位で作成し申請してください。

記号	番号	氏名	事業所名
----	----	----	------

療養担当医師の意見	傷病名			療養の給付開始年月日(初診日)	平成 令和 年 月 日																							
	発症または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日		発症または負傷の原因																								
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 日間			療養費用の別	健保・自費 公費( ) その他( )	転帰	治療・繰越 中止・転医																				
		令和 年 月 日まで																										
	上記期間に入院期間があるとき	令和 年 月 日から 日間																										
		令和 年 月 日まで																										
診療実日数	日	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																									
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																												
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																												
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	平成・令和 年 月 日																										
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー																							
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 ( )																												

事業主の証明	勤怠状況 欠勤× 出勤○ 有給△ 公休日/ で記してください。全欠勤の場合は横線で消してください。(全欠勤以外は出勤簿と賃金台帳を要添付)																															
	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
	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間		賃金の種類	月給・日給・時間給 日給月給・その他																										
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		はい・いいえ		締日	日	支払	当月	翌月	日																						
	賃金種別	期間	単価	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																									
	基本給		円		円		円		円																							
	手当		円		円		円		円																							
	手当		円		円		円		円																							
手当		円		円		円		円																								
記載のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																
事業主(受取代理人)の 所在地 名称 代表者氏名																																
事業所 担当者印																																