

健 保 記 入 欄	受 付 日	R 年 月 日			支 給 額	円	
	資格取得日	年 月 日			内 訳	法 定	円
	資格喪失日	年 月 日				付 加	円
	標準報酬 月額平均	年 月 ~ 年 月				延長付加	円
	生年月日	年 月 日			支給開始日	R 年 月 日	
	課 長	担 当	台 帳	計 算 式	(法定)	/日 × 2/3 × 日間 = 円	
					(付加)	/日 × × 日間 = 円	
				支 給 期 間	R 年 月 日 から	支給日 R . .	
					R 年 月 日 まで		日間

健保組合
受付印

- 傷病手当金
- 傷病手当金付加金
- 延長傷病手当金付加金

支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	島津製作所健康保険組合理事長殿									
	下記のとおり 傷病手当金・傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金の支給を申請します。 本申請書の提出を事業主へ委任します。									
	令和 年 月 日									
	被 保 険 者 記 号・番 号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)			マイナンバー (一記入の場合 不要)				
	被 保 険 者 名					生 年 月 日	年 月 日			
	自 宅 住 所	〒				TEL				
	傷 病 名					発病または負傷の 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					第三者行為に よるものですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	療 養 の た め 休 ん だ 期 間 (今回申請する期間)	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				左記期間中に給料の全部 又は一部を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	年金等を受給して いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中				「はい」「請求中」 の場合、初回時 (年金額通知書等)添付	年金の名称			
※任意継続被保険者 又は 資格喪失者のみ記入	銀行名	支店名	支店番号			普通 貯蓄				

*在職者の給付金は事業主経由で支給します。 *その他の書類等の提出を求める場合があります。 *記入漏れがある場合は一旦返却します。

療 養 担 当 医 師 記 入 欄	傷 病 名					発 病 又 は 負 傷 の 原 因																											
	労 務 不 能 期 間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				発病または負傷の 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日																										
	診 察 実 日 数	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
		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
傷 病 の ・主 症 状 ・経 過 ・治 療 内 容 ・療 養 指 導 ・服 薬 状 況 (楷書で詳しく記入ください)					上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住 所 医療機関名 氏 名																												

事 業 主 記 入 欄	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				給 与 の 種 類	月 給	日 給	月 給
	上記の期間中に報酬 の全部、又は一部を 支給しましたか。	給 与 等 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				「はい」の場合 支給対象期間 および金額	/	~	/
		通勤費(定期代) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					/	~	/
	賃金計算(欠勤控除 等)方法を記入 (記入例) 基本給:欠勤控除あり 300,000÷20日×11日 =165,000円 通勤手当:欠勤控除なし 6ヶ月定期代(4~9月分)として 3月に支給					上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住 所 名 称 代表者名			

*第1回請求時および報酬ありの場合は、出勤簿と賃金台帳の写しを添付してください。