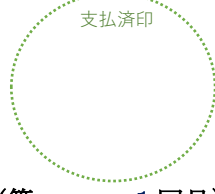


記入例

マイナポータルや
PepUpの医療費デー
タ、資格確認書等で
確認してください

足利銀行健康保険組合
理事長 殿



傷病手当金（法定・付加）支給申請書

(第 1 回目)

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------------------|--|---------------------------------------|---------|-------|-------------------|------|----|----|
| ① 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 1 | ② 被保険者の (申請者) 氏名 | フリガナ | マルヤマ マルオ | ③ 生年月日 | 昭 | 年 | 月 | 日 | |
| | 番号 | 12345 | | ○山 ○男 | 印 | | 平 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| ④ 被保険者の 現住所 | 〒 320-3232 | 宇都宮市○○○町5丁目 5-5 | | | (勤務先内線) | 7100 | — | 7000 | | | |
| | | | | (携帯) | 080 | — | 8888 | — | 8888 | | |
| ⑤ 被保険者の資格を 取得した日 | 昭和 平成 令和 | 20 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ⑥ 被保険者の 標準報酬月額 | 360 | 千円 | |
| ⑦ 被保険者の勤務 する所属部署名 | 足利銀行 ○○支店 | | | ⑧ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は☑) | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| ⑨ 傷病名 | ウイルス性肺炎 | | | ⑩ 発病 または 負傷 年月日 | 平成 令和 | 2 | 年 | 1 | 月 | 10 | 日頃 |
| ⑪ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか | <input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ (第三者行為による場合、健保にご連絡ください) | | | | | | | | | | |
| ⑫ 発病 または 負傷 の原因 | 初めは、発熱と痰、全身の倦怠感があり、風邪だと思ひ様子をみていたが、その後、悪化して受診した際入院となった (何がきっかけで治療を受けたのかをできるだけ詳細にご記入ください。) | | | | | | | | | | |
| ⑬ 療養のために 休んだ期間 | 令和 2年 1月 10日 から 令和 2年 1月 30日まで 21日間 | | | | | | | | | | |
| ⑭ ⑬に記入した期間分の報酬 を受けましたか | <input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない | | | ⑮ ⑭で「受けた」と答えた場 合、その報酬の額とその報酬 支払の基礎となった期間 | 令和 2年 1月 10日から 令和 2年 1月 30日まで 円 | | | | | | |
| ⑯ 障害年金等受給状況について | 無 ・ 有 | | | 有の場合 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 | 受給中 ・ 請求中 ・ 未請求 | | | | | | |
| ⑰ 上記⑯で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の 要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について | 傷病名 | | | 基礎年金番号 | 年金額(年額) 円 | | | | | | |
| | | | | 支給開始年月 | ※年金証書または額改定通知書 の写しを添付してください | | | | | | |
| ⑱ 老齢年金について | 受給中 ・ 請求中 ・ 未請求 | | | 基礎年金番号 | 年金額(年額) 円 | | | | | | |
| ⑲ 上記⑱で「受給中」「請求中」とされた場合の 基礎年金番号・年金額について | | | | 支給開始年月 | ※年金証書または額改定通知書 の写しを添付してください | | | | | | |
| ⑳ 足利銀行健康保険組合加入(資格取得)から3年未満ですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合は、別紙の「加入状況等申告書」を記入・添付ください | | | | | | | | | | |
| ㉑ 振込希望口座 | 金融機関名 | 足利銀行 | | 本店営業部 | 支店 | 金融機関コード | 支店コード | | | | |
| | 預金種別 | 1. 普通 | | 口座番号(右づめ記入) | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 口座名義 (カタカナで記入) | マルヤマ マルオ | | | | | | | | | |
| ㉒ 今回の申請は労災保険から休業日給付を受けている期間のものですか | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中 | | | 労働基準監督署 | | | | | | | |
| ㉒で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元の労働基準監督署をご記入ください | | | | | | | | | | | |

日中、連絡が
つく番号をご

記入不要
事業主に確認
します。

障害年金の受給
または請求され
ている場合ご記
入ください。

老齢年金、報
酬比例部分等
を受給されて
いる場合ご記
入ください。

※次ページに事業主証明欄があります。

足利銀行健康保険組合 1/3