

傷病手当金支給申請書 (第 回目)

※太枠内を自筆でもれなくご記入ください

トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号	番 号	② 会 社 の 名 称	
	フリガナ				
	③被保険者(申請者)の氏名	④ 生 年 月 日 昭・平 年 月 日			
	⑤被保険者(申請者)の住所	(〒 -)			
	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号	() もしくは ()			
	⑦ 保 険 証 記 載 の 資 格 取 得 年 月 日	平・令 年 月 日	初回申請の初日が当組合の資格取得から2年以内の場合、「同意書兼回答書」★をご提出ください		
	⑧療養のため休業した期間(申請期間) 初回申請の場合は待期間も含めて記入してください	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	⑨休業する以前の仕事内容				
	⑩発症又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	⑪ 傷 病 名		
	⑫-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 業務外での病気 <input type="checkbox"/> 業務外でのケガ →初回申請時のみ「負傷理由報告書」★をご提出ください <input type="checkbox"/> 業務中での傷病 <input type="checkbox"/> 通勤途中での傷病 } ⑫-2へ			
	⑫-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 未請求			
	⑫-3 第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい →「第三者行為による傷病届」★をご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑬ 障 害 厚 生 年 金 又 は 障 害 手 当 金 の 受 給	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給申請中 <input type="checkbox"/> 受給していない 受給中/受給申請中の場合は下記にご回答ください 受給の要因となった傷病名() 受給開始 昭・平・令 年 月 日 <small>傷病手当金を申請するものと同一傷病で受給がある場合、傷病手当金の額を調整します。年金給付額が分かる書類をご提出ください。</small>			
⑭振込先銀行口座	銀行・信組 金庫・農協		支 店		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> 普通預金口座をご指定ください ゆうちょ銀行は通帳の見開きコピーを添付ください </div>	【銀行コード】		【支店コード】		
	口座番号				
	口座名義(カナ)	口座名義は、健康保険組合に登録されている被保険者名義と同一のものに限ります。			

委 任 状	私は下記の者に、本請求にともなう給付金の受領に関する権限を委任します。				被 保 険 者 氏 名
	受 領 代 理 人	住所			
		名称	氏名		
	振 込 先 銀 行 口 座	銀行			支店
口座名義		口座番号	当座・普通		

【注意事項】「傷病手当金申請書記入について」★をご確認のうえ、もれなく正確にご記入ください。

※不備不足がありますと郵送での返却となり給付にお時間がかかります。

※こちらの申請書と「★」がついている書類はトランスコスモス健康保険組合HPより印刷が可能です。

受付印

健 保 記 入 欄	備考				
	提出				
	日付				
	決裁書番号	G-	/	/	/

記号	番号	氏名
----	----	----

勤務実績により次の表示をしてください。(該当日の下段)		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	
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	
給与形態(該当に○)	固定給	月給	日給	月給	日給	時給	その他	計算期間	日	～	日(締日)																					
							内容	支払日	当月	日	・翌月	日																				
	フレックス勤務			→	所定時間()	就労時間()	不足時間()																									

療養中の休業期間に給与を支給しない理由(就業規則・給与規定等に定めがある場合は該当条項を記載)

休業期間中の報酬支払の有無(該当するものを○でかこむ)	給与手当	支給しない	一部支給	全額支給	支給予定	令和	年	月	日
-----------------------------	------	-------	------	------	------	----	---	---	---

給与支払明細(休業期間を含む)を締切ごとに記載して下さい。また、支給がない場合は0円と記入して下さい。 ◆前月以前の精算の場合はその他欄に明記して下さい(時間外を除く)	月分給与	月分		月分		月分		摘要					
	明細	月	日	～	月	日	～		月	日	～	月	日
	① 給与(④を除く)	日分	円	日分	円	日分	円						
	② 時間外手当	月分	円	月分	円	月分	円						
	③ 通勤手当	日分	円	日分	円	日分	円						
	④ 住宅補助(適用者)	日分	円	日分	円	日分	円						
	⑤ その他()	分	円	分	円	分	円						
⑥ その他()	分	円	分	円	分	円							
計													

※上記期間にかかわる賃金台帳および勤務実績表(勤怠表)を、必ず添付してください。
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
事業主の所在地 名称
事業主の氏名 電話 ()

療養を担当した医師等の意見欄	傷病名	①	初診日(療養の給付の開始年月日)	①	令	年	月	日	※意見欄は重要な判断材料となりますので楷書体でもれなくご記入ください。乱筆で読めない場合、書き直しをお願いする場合があります。											
		②		②	令	年	月	日												
		③		③	令	年	月	日												
	発病・負傷の原因				発病・負傷	昭和	・平成	・令和	年	月	日									
	労務不能と認められた期間	令	和	年	月	日	から	令	和	年	月	日	まで	左の期間中の実診療日数	月	月	月	日間	日間	日間
	傷病の主な症状及び経過概要																			
	従来職務について労務不能と認められた医学的な所見																			
	転帰別	全治・治療中・転医・中止			診療日ゼロの場合はその理由															
	療養に関する被保険者への指示等																			
	上記期間中の入院期間	令	和	年	月	日	～	令	和	年	月	日	まで	()	日間	入院中				
就業可能な時期	不明	令	和	年	月	日	より	勤務可能(見込)	条件											
上記のとおり相違ありません。	医療機関名			令和 年 月 日																
	所在地																			
	医師氏名																			

(お願い) 医師氏名の記入をお願いします。訂正箇所には医師証明の印(サイン)をお願いいたします。
「労務不能と認められた期間」については、治療期間ではなく傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認められた場合にのみご記入ください。また証明日以前の期間をご記入ください。