

◎ この申請書は3枚一組です。

11 2 3

支払決定額書	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者	受付日付印				
	支給	法定	円								
	決定	付加	円	資得	S・H・R	種別					在職・任継・退職継続
	額	計	円	格喪	R	支給開始					H・R
	期日数	法定付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日	標報日額	2 / 3 日額					残日数

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金 支給申請書

(第 1 回目)

◎記入方法及び添付書類等については、別紙「記入上の注意」を確認してください。	被保険者が記入するところ	① 被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇	② 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日	☒ 昭和 〇 年 1 月 1 日 ☐ 平成			
		④ 申請者の 住所	〒 xxx - XXXX ※ 都道府県から記入してください。 〇〇県△△市□□□町1 - 1				⑤ 電話番号	〇〇〇 - △△△△ - □□□□		
		⑥ 事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社		⑦ あなたの仕事の 内容(具体的に)	工場設備の点検・保全				
		⑧ 傷病名	1) 下腿骨骨折 2) 上腕打撲 3)		⑨ 発病または負傷年月日	☐ 平成 〇 年 6 月 1 日(頃) ☒ 令和 〇 年 6 月 1 日(頃) ☐ 平成 〇 年 6 月 1 日(頃) ☐ 令和 年 月 日(頃)				
		⑩ 傷病の 状況を詳しく	症状: 骨折及び打撲にともなう疼痛 医師からの指示: 患部の固定、自宅療養 原因となった事柄: 自宅の階段を下りる際に踏み外して落下した							
		⑪ 傷病の 原因について	☒ 私傷病 ☐ 第三者行為 ☐ 交通事故		※ 労災に該当する場合は申請できません。 ※ 第三者行為、交通事故の場合は事前にご連絡ください。					
		⑫ 療養のために 休んだ期間 (申請期間)	〔自〕 令和 〇 年 6 月 1 日 ~ 令和 〇 年 6 月 30 日		〔至〕 30 日間					
		⑬ ⑫の期間分として 報酬を受けましたか。 または、今後受けられますか。	☒ はい ☐ いいえ		⑭ (⑬で「はい」の場合) その報酬の額と その報酬支払の基礎 となった(なる)期間	令和 〇 年 6 月 1 日 から 令和 〇 年 6 月 30 日 までの分 として 50,120 円				
		⑮ 障害厚生年金 または障害手当金 について	☐ 無 ☒ 受給中 ☐ 請求中 → 年 月頃申請		※ 受給中もしくは受給をしていた場合は「年金証書(写)」と 「年金額改定通知書(写)」を添付してください。					
		⑯ (⑮で「受給中」の場合) 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 神経症性障害		基礎年金番号	586,000 円				
		⑰ 老齢年金について (退職者のみ)	☐ 無 ☐ 受給中 ☐ 請求中		⑱ (⑰で「受給中」の場合) 基礎年金番号・年金額 について	基礎年金番号	年金額 円			

※ 被保険者が記入するところは、2枚目に続きます。

住友金属鉱山健康保険組合
(2024年12月改訂)

傷病手当金(付加金)支給申請書

1 2 3

◎ この申請書は3枚一組です。

※ ①⑨・②⑩はどちらか一方に記入してください(任意継続および退職後継続申請の方→①⑨、在職中の方→②⑩)

①⑨ 支払金融機関	☒ 銀行 ☐ 信組 ☐ 金庫 ☐ 農協	新橋	☒ 支店 ☐ 出張所	備考欄	
	金融機関コード [9999]		店番号 [999]		
	預金種別	口座番号	フリガナ		ケンポ タロウ
	☒ 普通 ☐ 当座	00000000	口座 名義		健保 太郎

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

②⑩ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇 年 7 月 7 日

被保険者 (申請者) 住所 〇〇県△△市〇〇〇町1-1
氏名 健保 太郎

委任状	受取代理人	住所	〒 XXX - XXXX 〇〇都△△区〇〇〇1-1-1	Tel 〇〇-△△△△-〇〇〇〇
		フリガナ	〇〇〇〇カブシキガイシャ ●●●●	
		氏名	〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 ●●●●	

※ 申請者が在職者もしくは「②⑩申請期間」に1日でも在職期間が含まれている場合事業者による証明が必要です

出勤や有休も含めた
左記期間中のすべての日数

事業主が証明するところ	②① 労務に服さなかった期間	[自] 令和 〇 年 6 月 1 日 ~ [至] 令和 〇 年 6 月 30 日 30 日間
	②② 右記記号にて、就労状況を記してください。	出勤: 〇 公休: 公 有給休暇: △ 欠勤: /
	6 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
	7 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
	8 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
	9 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
	10 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
	11 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
	12 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
	②③ 上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か?	☒ はい → ②④に内訳を記入してください ☐ いいえ
②⑤	名称 支給対象期間 支給額	給与締日と支払日を記入してください
支給する(した)賃金の内訳	基準内賃金 6 月 1 日 ~ 6 月 30 日 37,666 円 通勤手当 6 月 1 日 ~ 6 月 30 日 454 円 住宅手当 6 月 1 日 ~ 6 月 30 日 12,000 円	締日 月末 日 支払日 当月 20 日 復帰状況 ☒ 未復帰 ☒ 復帰 (7 月 1 日) 通勤当 1 か月 ☒ 6 か月 ☐ 実費 ☐ なし (6,800) 円

月単位等の定額支給で、不就労の日数分を控除していない手当等は必ず記載してください。

②⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。

証明日 令和 〇 年 7 月 15 日

所在地 〇〇都△△区〇〇〇1-1-1

名称 〇〇〇〇株式会社

事業主氏名 ●●●●

Tel 〇〇-△△△△-〇〇〇〇

記入者の印を
必ず押してください

事業所担当者印

担当

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には担当者(もしくは貴事業所)の印を押してください。

住友金属鉱山健康保険組合
(2024年12月改訂)

傷病手当金(付加金)支給申請書

1

2

3

◎ この申請書は3枚一組です。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	②⑦ 患者氏名		②⑧ 発病または負傷の年月日		☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和		
	②⑨ 傷病名(労務不能と認めた主たる病名)				③⑩ 療養の給付開始年月日(貴院での初診日)		
	1)				☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和		
	2)				☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和		
	3)				☐ 平成 年 月 日(頃) ☐ 令和		
	③① 労務不能と認めた期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		③② 発病または負傷の原因		
	③③ ③①の期間中の入院期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		③④ 療養費用の別 ☐ 健保 ☐ 公費 ☐ 自費 ☐ その他		
					③⑤ 転 帰 ☐ 治癒 ☐ 繰越 ☐ 中止 ☐ 転医		
	③⑥ 診療実日数		診療日を○で囲んでください 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				
			手術年月日 令和 年 月 日		退院年月日 令和 年 月 日		
③⑦ ・ ③①の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 <u>詳しく</u> ・ 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							
③⑧ 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		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日			
				人工臓器等の種類 ☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他			
③⑨ 上記のとおり相違ありません。 証明日 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 TEL							

※ 療養を担当した医師の方へのお願い

- ・ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師(もしくは貴院)の印を押してください。
- ・ ③⑦は詳しくご記入ください。
- ・ ③⑨医療機関の名称が手書きの場合、確認させていただいております。