

コ-ト

申請者の方は**太枠内**をすべて記入してください。

1. 【全員】下記内容の確認と同意の上、自署をお願いします

(1) 傷病手当金と同一疾病での障害年金や老齢年金を受給の場合
☐ ①傷病手当金の支給額が調整されること
☐ ②既に傷病手当金が支給されている期間に上記年金を受給する場合、調整額を返納いただくこと

▼障害年金・障害手当金の受給

☐ なし ☐ 受給中 ☐ 申請中

→受給中、申請中の場合

[傷病名] []

▼老齢年金等の受給（60歳以上の方のみ）

☐ なし ☐ 受給中 ☐ 申請中

(2) 労災保険の休業給付等と同一疾病で労務不能の場合
☐ ①傷病手当金の受給対象外であること
☐ ②傷病手当金を受給後に労災保険が認定された場合、傷病手当金は全額を返納いただくこと
☐ ③給付終了(打ち切り)後も傷病手当金は支給されないこと

▼労災保険に休業給付等を申請していますか。

☐ いいえ ☐ はい → 健保へご連絡ください

(3) 第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか。
☐ いいえ ☐ はい → 健保へご連絡ください

(4) 傷病手当金の支給決定のため、当組合が必要とする事項を
☐ ①関係機関(官公署・医療機関)等に対し照会すること
☐ ②また、この支給申請書の写しも有効とし、照会を受けた者または関係機関等が当該照会に対し回答すること

上記内容について、理解し同意します。

年 月 日 (自署)

医療機関の方は右記枠内を
すべて記入してください。

この欄の記入事項に相違ない事を証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関
名 称

医師氏名

(印)

病類コード						支給期間								日数				控除額				回数			
						不																			
A1:支給開始日		法定給付満了日				B1:延長開始日				B1:延長終了日				B2：延長開始日				支給満了日				不支給日数計			

事業主の証明														※休職発令日以降のカレンダー記入は不要																													
従業員コード※1							休・復職 の状況							休職発令日							令和 年 月 日																						
従業員氏名※1														復職・復職予定日							令和 年 月 日																						
労務に服し なかった期間※1														令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							退職・退職予定日※2							令和 年 月 日															
◇カレンダーの記入（傷病× 出勤○ 年休△ 公休日□）※カレンダーが足りない場合は、コピー等を添付下さい。																																											
（ 月）														（ 月）														（ 月）														担当者	
																																										証明日：	
1 2 3 4 5 6 7														1 2 3 4 5 6 7														1 2 3 4 5 6 7														月 日	
8 9 10 11 12 13 14														8 9 10 11 12 13 14														8 9 10 11 12 13 14														電 話：	
15 16 17 18 19 20 21														15 16 17 18 19 20 21														15 16 17 18 19 20 21															
22 23 24 25 26 27 28														22 23 24 25 26 27 28														22 23 24 25 26 27 28															
29 30 31														29 30 31														29 30 31															
◇期間中の報酬金額														月度														月度														月度	
家族手当														円														円														円	
通勤費補助														円														円														円	
家賃補助														円														円														円	
その他（ ）														円														円														円	
その他（ ）														円														円														円	
上記のとおり相違ないことを証明する。 事業主所在地 令和 年 月 日 事業主名称																																											