

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	傷病手当金

申込者所属長印

労務担当個所経由印

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

傷病手当金支給申請書（第 回 目）

被保険者証 記号・番号				請 求 日	令和 年 月 日		
被 保 険 者 氏 名	フリガナ	印	会 社 名 属				
退 職 者 の 場 合	退職年月日 令和 年 月 日 住 所						
勤務しなかつ た 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		左記期間中 受けた全部 または一部の 報酬と金額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円			
傷 病 名			発 病 負 傷	令和 年 月 日			
支 払 金 融 機 関 被 保 険 者 名 義 の 口 座	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号	
	銀行		支 店		普 通 当 座		
「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。				☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中			
「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。				傷病名			
「はい」と答えた場合、受給開始年月日、年金額(年額)を記入してください。				受給開始年月日		年金額(年額)	
				平成 令和 年 月 日		円	

主治医の意見	傷病者氏名		発 病 ・ 負 傷	令和 年 月 日	
	傷 病 名		原 因		
	主症状経過概要				
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	入 院 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	上記のとおり相違ありません。 住 所 令和 年 月 日 医療機関名 氏 名 印				

事業主の証明 退職者の場合は 民生委員の証明	傷病者氏名				
	勤務しなかつ た 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	左記期間中支給し た全部または一部 の報酬と金額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円	
	上記のとおり相違ありません。 住 所 令和 年 月 日 氏 名 印				

標準報酬月額	千 円	標準報酬日額	円				
待機期間	あり (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間)	・ なし					
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで 日間						
傷 病 手 当 金 支 給 決 定 額							

(注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
2. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。

四国電力健康保険組合 2019.05

受付印

出納印