支給決定決議書

※健保記入欄																								
支給金額	円	(計算式)（給付日額　　－　　）×																						
平均月額	千円	前回迄残日数	日																					
支給期間	年　月　日	支給日数	日	不支給	期間	年　月　日																		
	年　月　日					年　月　日																		
受給減額	□期間は同上	円			理由	□労務不能と認められない　□支給済 □給付期間満了　□報酬受給 □その他 （　　）																		

承認	審査	審査	起案

取得	年	月	日
喪失	年	月	日
支給開始	年	月	日
前回支給	年	月	日
	年	月	日

健康保険　傷病手当金請求書兼同意書

（第　　回）

◎傷病の原因がケガである場合には「負傷原因書」、第三者の行為による場合は「第三者の行為による被害届」を添付して下さい。

被保険者（本人）が記入をするところ

被保険者等記号番号もしくは※個人番号			仕事の種類		給与の種類 ○日給月給 ○日給 ○月給 ○その他
傷病名			仕事・通勤中によるものですか	○はい ○いいえ	第三者行為によるものですか ○はい ○いいえ
発病又は負傷の年月日及び原因	令和　年　月　日　時頃		原因		
療養のため休んだ期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間				
上記期間に報酬を受けた時は、その期間・金額・理由	期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日	金額	円	
	理由	○出勤　○有給　○手当　○その他（　　）			
障害年金受給有無	障害年金を受給していますか	○はい（年金通知書等写しを添付）　○いいえ　○申請中			
	障害年金の受給要因となった傷病名	※障害年金を受給または申請中のときは必ず記入			

上記のとおり請求します。

小島健康保険組合理事長殿

令和　年　月　日

〒

住所

被保険者の

氏名

電話　（　　）　－

資格喪失後

在職中の方は記入しないで下さい。被保険者（本人）が、資格喪失後に請求する場合に記入してください。

銀行　　支店

○普通
○当座

口座番号

口座名義
（カ　ナ）

本人・事業主記入

在職中

在職中の場合は、委任状の記入が必要です。※委任者氏名に被保険者（本人）で、ご記入願います。

委　任　状

上記傷病手当金の受領方を下記の者に委任します。

委任者氏名（請求者本人）　　受任者氏名（事業主）

事業主が証明をするところ

労務に服さなかった期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで　　日間		
上の期間中に報酬を支給した場合、又は支給する場合はその金額及び期間			
支給期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで	支給金額	金　　円

期間中の勤怠表（写）を添付又は
就労状況を下記カレンダーに欠勤－○、出勤－×、有給－△印で記入して下さい。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

給与明細（写）を添付して下さい。

上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日（記載者氏名　　）

事業所の所在地

名　称

氏　名

備考	※個人番号を記載した場合、番号法規定により本人確認をする必要がありますので、個人番号カードを申請者本人が窓口までご持参下さい。 （本人確認は番号法の本人確認措置に基づいて実施致しますので、郵送・社内便・メール送付不可となります。）

≪用紙の流れ≫　本人 ⇒ 医師 ⇒ 本人 ⇒ 事業所※資格喪失後の場合直接健保 ⇒ 小島健保

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名		患　者 生年月日	年　月　日
傷 病 名	(1) (2)	左記疾病 初診日	(1)　年　月　日 (2)　年　月　日
発病または 負傷年月日	年　月　日	発病または 負傷の原因	
ⓐ 労務不能と 認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		
ⓐのうち 入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間 入院	療養費の別 転　帰	健保　自費　公費(　　)　その他 治癒　繰越　中止　転医

診療実日数 ※0日の場合 ⓑⓒもご記入下さい。	日	診療日を〇で囲んで下さい。	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

ⓑ　上記診療実日数が0日の場合、直近に診療した年月日	年　月　日
ⓒ　診療実日数0日で労務不能と認められた理由	

ⓐの期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

手術年月日	年　月　日
退院年月日	年　月　日

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　※回復具合・目途等もご記入下さい。

労務可能な仕事：
労務可能年月日：　年　月　日頃

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	年　月　日
	人工臓器等の種類	ア．人工肛門　イ．人工関節　ウ．人口骨頭　エ．心臓ペースメーカー オ．人工透析　カ．その他（　　）

上記のとおり相違ありません。

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
電話　（　　）

≪記入上の注意事項≫

1. ご記入いただ内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正い内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
2. 療養担当者が意見を記入するところ
   - ⓐの期間は、治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間と日数をご記入下さい。
     また、**証明日以前の期間**をご記入下さい。
   - 3ヶ月を超えて証明する場合は、このページをコピーして超えている部分をご記入下さい。
3. 被保険者が記入するところ
   - 長期間休まなければならない場合、なるべく給料等の支給期間に合わせ、**1ヶ月くらい**に区切って請求して下さい。
   - **本請求**について、**照会のため同意が必要**な際に書類のやり取りを迅速に行うため、同意書の記載をお願いします。

≪傷病手当金について（健康保険法第九十九条）≫　審査のため、支給・不支給の決定に時間がかかりる場合があります。

- 被保険者が療養のため労務に服することができないときは、待機期間（3日間連続で働けない）の後、4日目から傷病手当金を支給するものです。
- 傷病手当金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれに発した疾病に関してその支給を始めた日から通算して1年6ヶ月で支給期間満了となります。

被保険者（本人）が記入

同　意　書

小島健康保険組合　理事長殿

健康保険法に基づく私に対する保険給付に関する調査のため、貴組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公署・医療機関に対して貴組合が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また上記照会・依頼を行うにあたり、貴組合が当該機関に対して、必要な範囲内で照会・依頼に関する説明を行うことについて了知し、本書の写しも有効とします。

令和　年　月　日

被保険者等記号番号
もしくは※個人番号＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿