

必ずA3横形式で提出してください \*下記太枠内に漏れなくボールペン又はペンで記入してください。

一般従業員

傷病手当金  
傷病手当金付加金  
延長傷病手当金付加金

申請書(第 回目)

傷病手当金申請における 医師の意見書

本人の記入欄	保険証の 記号 番号(右詰め) 2 0 0 0		勤務地 ( ) 所属名	労務に服しなかった期間(有休含む) 自 令和 年 月 日 ( 日間) 至 令和 年 月 日		
	申請の原因となった傷病名			ケガの場合(原因と状況を詳しく記入) ・業務上 ・業務外 ・事故 ( 自損 ・ 加害 ) いつ どこで どのように		
	病気の場合(発病の原因と発病の年月日)					
	労災・通災の申請有無について(必ず○をつけてください) 1. 申請しない 2. 申請予定 3. 申請済					
	老齢厚生年金及び、障害厚生年金等の受給について(○をつけてください。)					
	1. 無 2. 有 (・傷病名: ) ・受給開始年月:平成・令和 年 月 ) 3. 申請予定又は申請中					
	この申請書は、事業主経由で提出してください。審査と給付に伴う関連書類の返送も事業主経由となります。又、内容審査のために、健康保険組合から、直接医療機関への照会を行う場合があります。尚、労働組合員の方については、傷病見舞金給付のため、労働組合に給付金情報の提供を行います。 ※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。					
	上記の内容に同意し、傷病手当金を申請します。尚、私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。					
	令和 年 月 日 住 所 被保険者 電 話 ( ) - シャープ健康保険組合 理事長 殿 氏 名 印 生年月日 昭和・平成 年 月 日					
	備考欄		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、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)			
事業主の証明欄	労務に服しなかった期間(休日含む)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)			
	その内の出勤日		・無 ・有 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	有給休暇取得期間		・無 ・有 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	給料の一部支給		・無 ・有 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 円/日) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 円/日) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 円/日)			
	傷病原因に業務上との記載がある場合		令和 年 月 日 上記のとおり証明します。			
労災申請の確認(申請なし・申請予定・申請済)		住 所				
その他特記事項 ・休業継続 ・復職(令和 年 月 日) ・退職(令和 年 月 日)		事業所名 事業主				
健保記入欄	前回支給期間	/ ~ /	傷手 R . .	支給開始日		
	今回支給期間	/ ~ /	延長 R . .	R . .		
	標準報酬月額					
	(法定)					
	(付加)					
(延長)						
審査内容	□ 通		審査結果 継続 ・ 新規 不支給			
		〈窓口責任部門 確認欄〉				
		責任者	担当			
		申請書受領日: 令和 年 月 日				
		〈健保受付印〉				

傷病名	診療を開始した日 平成 令和 年 月 日	発病又は負傷の年月日 平成 令和 年 月 日
上記傷病名が外傷性の場合、該当に○をつけて、負傷の原因をご記入ください。		転帰(○をつけてください。)
・業務上 ・業務外 ・第三者行為	(注) 外傷性の傷病名でない場合は、ご記入は不要です。 (「業務上」に起因する場合は、健康保険法第1条により、健康保険組合が原則お支払いが出来ません。)	不変 ・ 治癒 軽快 ・ 転院 悪化 ・ 死亡
労務不能と認めた期間 自 令和 年 月 日 ( 日間) 至 令和 年 月 日	左記の期間中診察実日数 日	入院期間 自 令和 年 月 日 ( 日間) 至 令和 年 月 日
傷病の主な症状及び経過概要・その他参考事項をご記入ください。		
この期間の心身の状態	今回の治療状況	前回の症状との比較
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
労務不能と認めた具体的な心身の状態		
-----		
-----		
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき(装着日と該当臓器に○をつけてください。)		
・人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 年 月 日 A. 人工肛門 B. 人工膀胱 C. 人工関節 D. 人工骨頭 E. 心臓ペースメーカー又は人工弁 F. 人工喉頭 G. その他		
該当項目に○をつけ、今後の見通しについてご記入ください。		
(A). 引続き加療を要する 令和 年 月頃まで加療見込み (B). 令和 年 月ごろ就労可能の見込み (C). その他		
令和 年 月 日 上記のとおり相違ありません。		
住 所 医療機関名 電 話 番 号	医療機関印を押して下さい	医 師 名 印