

様式 健保06	文書コード	
---------	-------	--

A 健保記入欄				<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>係</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			常務理事	事務長	係			
常務理事	事務長	係										
支給決定決議書												
法定支給額	¥											
支給開始日	西暦	年	月	日								
支給終了日	西暦	年	月	日	計	日間						
支給基礎	標準報酬月額	日額			支給日額	日数						
資格取得日	西暦				資格喪失日	西暦						
前回支給開始日	西暦				前回支給終了日	西暦						
今回入院日	西暦				今回退院日	西暦						

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回目)

B 被保険者の記入欄			
保険証記号番号	-	被保険者氏名	
事業所名称	*所属会社等を記入		
職 種		仕事内容	
傷病発症日	西暦	年 月 日	傷病名
傷病発症原因			
傷病療養のための休業期間	西暦	年 月 日から	西暦 年 月 日まで
上記休業中の収入	給与	公的年金	失業給付 その他() *該当に○印
上記休業中に入院した場合、以下①-②に記入			
①病院名	(所在地)		
②入院期間(期日)	西暦	年 月 日から	西暦 年 月 日まで
リタケグループ健康保険組合 理事長 殿 西暦 年 月 日 所属事業所(会社名) 部署 被保険者 住所 電話番号 氏名 印			

*原則として一ヶ月単位で申請

*交通事故等第三者行為や労働災害による傷病は対象外

*収入有の場合、証明書類を添付 ①給与:事業主が用意 ②公的年金(障がい者/遺族年金共):日本年金機構発行の年金額改定書
 ③失業給付:職安発行の受給資格者証 ④育児休業給付金:職安発行の通知書 等

C 事業主(人事部門)の記入欄							
不就労期間	西暦 年 月 日から			西暦 年 月 日まで			計 日間
上記期間報酬区分	年 月 支給額	年 月 支給額	支給対象期間	年 月 支給額	支給対象期間	備考	
基本給							
休日/時間外手当							
通勤手当(月割)							
その他(手当)							
その他(手当)							
給与種類(該当に○印)	月給	日給	日給月給	時間給	歩合制	その他()	
1. 上記不就労期間に該当する月の出勤簿コピーを添付下さい。 2. 上記不就労期間を反映する月の給与明細票コピーを添付下さい。(添付時は上記明細記入省略可)							
上記のとおり相違ないことを証明します。 西暦 年 月 日							
住所						責任者印	
事業主 名称							
氏名							

D 療養担当医師の記入欄			
患者氏名			傷病名
傷病発症原因			
傷病発症日	西暦 年 月 日	上記傷病初診日	西暦 年 月 日
労務不能認定期間	西暦 年 月 日	より	西暦 年 月 日 まで
上記期間中診療日 (該当日に○)	年 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		
	年 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		
	労務不能日計 _____日中、入院/通院治療日は計 _____日		
就労再開可能日	西暦 年 月 日	(見込日で可)	
傷病の主症状と経過			
治療投薬内容			
検査結果			
療養の指導内容			
患者の仕事内容に 対して労務不能 とする医学的所見			
療養費用区分	健保	公費	自費 其他() *該当に○印
転 帰(該当に○印)	治癒(終診日:)	中止(終診日:)	繰越(次回予定日:) 転医
上記のとおり相違ありません。 西暦 年 月 日			
医療機関所在地			
医療機関名称			
医師氏名			
電話番号			
印			