

# 退職者用

(退職日翌日以降の申請用)

法第104条

支給額									円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回目) (被保険者記入用)

◎ 在職期間の申請の場合は、この様式を使用しないでください。

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号	番号	② 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	
	③ 氏名	(フリガナ)			④ 生年月日	昭・平	年	月	日
	⑤ 住所	〒 ー 都・道 府・県			⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	( )			
	⑦ 勤めていた 事業所名称								

申 請 内 容	⑨ 主傷病名				⑩ 発病又は 負傷年月日 (不詳の場合は✓)	平成 令和	年	月	日
	⑪ 発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	注: 工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、健保組合と勤務先にご連絡ください。							
	⑫ 仕事の内容(具体的に)	退職前の業務内容をご記入ください。							
	⑬ 療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間							
	⑭ 障害厚生年金又は障害 手当金を受給していま すか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった 傷病名と支給開始年月日、 基礎年金番号等	傷病名	年金の 種類	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	支給開始(改定)年月日	年	月
⑮ 労災保険から休業補償 を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、 請求先の労働基準監督署	基礎年金番号: 年金コード:	年金額	円	労働基準監督署			

◎ 振込先には被保険者(③欄の方)の口座をご記入ください。

振 込 先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)							
	金融機関名称	銀行コード	銀行・金庫・信組 農協・その他( )			預金種別	普通・当座・その他( )		
		支店コード	支店・本店・出張所 その他( )			口座番号			
	口座名義 (カタカナで記入)					口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)		

注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「被保険者記入用/医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--

※ 申告欄の記載内容を訂正した場合は、訂正箇所申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

申告欄	㉞	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称や支給開始年月日、基礎年金番号等	年金の名称 支給開始(改定)年月日 年 月 日 基礎年金番号: 年金額 円 年金コード:
	①	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 受給期間延長中 <input type="checkbox"/> 未手続	「はい」の場合、ハローワークに求職の申し込みを行った日 ※「はい」の場合の添付書類: 雇用保険受給資格者証の写しをご提出ください。 ※雇用保険に関する問い合わせは、当組合ではなく、申請者の住所地を管轄するハローワークにお問い合わせください。	令和 年 月 日
			未手続の理由 (該当のものに✓)	<input type="checkbox"/> 雇用保険から失業手当(基本手当)を受給する予定がないため <input type="checkbox"/> 病気療養中で雇用保険の手続きができないため <input type="checkbox"/> 離職票の交付がないため <input type="checkbox"/> その他 ( )
		備考欄		
	㉟	署名欄	令和 年 月 日 氏名	

【療養を担当した医師の方へのお願い】

- ・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所にご担当医のサインまたは押印をお願いいたします。
- ・下記「※1 ①証明日」は、「㉞労務不能と認めた期間」の末日以降の日付をご記入ください。

医師等が意見を記入するところ	㉠	患者氏名	
	㉡	主傷病名 (労務不能と認められた主傷病)	㉢ 療養の給付開始年月日 (初診日) 平成 令和 年 月 日
	㉣	発病又は負傷年月日 平成 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	㉤ 発病又は負傷の原因
	㉥	※1 ㉦ 労務不能と認められた期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	㉦	うち入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	㉧ 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	① 主たる症状及び経過 (できる限り詳しくご記入ください。)		
この期間の傷病状態			
この期間の治療状況			
前月の症状との比較			
① 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所見			
㉨ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき		記載内容について相違ありません。 ㉩ 令和 年 月 日 ※1	
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日 平成 令和 年 月 日		㉪ 所在地	
人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )		㉫ 医療機関名	
		㉬ 医師氏名	
		電話番号 ( )	