

届書コード 3 0 5 送信

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

※印欄は記入しないでください。

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）の申請書フォーム。被保険者証の記号・番号、被保険者の生年月日、支給額計算、給番、代理、受付年月日、被保険者（申請者）の氏名、住所、電話番号、傷病名、発病日、療養期間、報酬の支払い状況、障害厚生年金受給状況、資格喪失者及び任意継続被保険者の方、労災保険からの休業補償給付を受けている間の傷病手当金の請求状況、支払金融機関の欄、受取代理人の欄、社会保険労務士の提出代行者欄。

○「初回申請分」には、申請期間中の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

事業主が証明するところのフォーム。② 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は／でそれぞれ表示してください）、出勤、有給、賃金計算、支給した（する）内訳、支払期間、単価、全部支給、一部支給、一部支給、支払日、給与の種類（○で囲んでください）。

患者氏名、傷病名、発病または負傷の年月日、療養期間、療養費用の別、診療実日数、④の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（くわしく）、手術年月日、退院年月日、人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき、人工臓器等の種類、医療機関所在地、令和 年 月 日、電話（ ）。