

傷病手当金申請書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	事業所名称		業務内容	
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日	傷病名			
	外傷性疾患 の場合	交通事故等第三者行為による負傷ですか		はい	・	いいえ
		通勤途上・業務中による負傷ですか		はい	・	いいえ
	ベネッセグループ健康保険組合以外で傷病手当金を受けたことがありますか			はい	・	いいえ
	※「はい」の場合※ 「受給期間」及び「傷病名」 ※はつきり期間がわからない場合はおおよそで結構です。	受給期間	年 月頃	～	年 月頃	
		傷病名				
	発病又は 負傷の原因					
	傷病による 現在の状態 (詳しく記載)					
	労務に服することが できなかった期間 (請求期間)	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
上記期間中会社から報酬を受けた 時 (有休等) はその期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間			
障害年金・障害手当金を受給していますか	はい ・ いいえ ・ 手続中 (受給予定) (いずれか○)					
「はい」「手続中」 の場合 (※年金額がわか るもののコピー添 付)	年金 の 種別	・ 障害年金 ・ 障害手当金 (いずれか○)	年金 月額	円/月	年金の支給 事由となった 傷病名	
	年金を受けることと なった年月日	年 月 日	基礎年金番号 年金コード			
老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい ・ いいえ ・ 手続中 (受給予定) (いずれか○)					
「はい」「手続中」 の場合 (※年金額がわか るもののコピー添 付)	老齢 (退職) 年金の名称	基礎年金番号 年金コード	受給年月日	年金月額		
			年 月 日	円/月		
			年 月 日	円/月		
振込希望銀行	銀行	支店 (普通・当座) No	※被保険者本人名義の口座 (家族不可) カナメイギ ()			
	(支店番号)		※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付			
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿						
上記のとおり傷病手当金を請求いたします。 年 月 日						
被保険者の 住 所 〒 —						
氏 名 (印)						
電話番号 ()						
※在職中の請求期間分は現在お勤めの各会社・団体人事へ、退職後の請求期間分は、直接健保組合へ提出ください。 「被保険者証の記号・番号」「事業所の名称」は、ベネッセグループ健康保険組合加入 (在職) 中における情報を記入してください。						

労務に服さなかった期間について下記の区分のとおりカレンダーに印を入れてください。(請求期間の給与が0円の場合のみ使用可) 請求期間の給与が0円でない場合は、出勤簿写し(有休・公休等の区分・取得日がわかるもの)を添付してください。	
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
事業主が証明するところ	当傷病による病欠(無給)…○ 公休…◎ 当傷病が原因で 労務に服さなかった期間 (有給休暇含む)
	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	<input type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 日給・時給者(いずれかチェック)
労務に服していない期間中の分として支払う報酬関係 ※労務に服している期間分は証明しないでください。	各日毎、欠勤日分の給与を全額支給した場合(有給休暇等)
	年 月 日から 年 月 日まで () 日分 全額を支給しました。
	①各日毎、欠勤日分の給与を一部支給した場合(日当の○割支給等)
	①欠勤日給与一部支給 年 月 日～ 年 月 日 () 日間 金 円/日 欠勤日給与一部支給 年 月 日～ 年 月 日 () 日間 金 円/日 ※1日あたりの金額を記入してください
	②月単位で交通費・住宅・家族手当等が欠勤日を含め満額支給された場合
	② 年 月 分 (内容) 金 円/月 年 月 分 (内容) 金 円/月 年 月 分 (内容) 金 円/月 年 月 分 (内容) 金 円/月 ※月単位で支給額が決まっているものは支給内容・1か月あたりの金額を記入してください
	現在までも又将来も支給しない場合はその旨
上記のとおり相違ないことを証明します。	
〒 - 年 月 日	
事業主 住所	
氏名	印

※初回請求、又、請求期間の給与が0円でない場合には、必ず請求期間に該当する出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		療養の給付を開始した年月日(当傷病による初診日)	年 月 日	
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	発病又は負傷の原因		
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	診療日数	日間
	傷病の主症状および経過概要				
	上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日 から	年 月 日まで	日間	
	上記のとおり相違ありません。				
	〒 - 年 月 日				
	医療機関住所				
	名称 主治医	印			
	電話番号 ()				

※訂正された場合には、主治医の訂正印(証明印と同)を押印してください。