支給決定欄							
常務理事	事務長	担当	交付年月日	令和　年　月　日			
			資格照合	取得	年　月　日		
				喪失	年　月　日		
標準報酬月額	千円		待機期間	年　月　日から 年　月　日			
標準報酬日額	円		前回までの支給期間	年　月　日から 年　月　日			
傷手日額（2/3） 標報日額10円未満、傷手日額1円未満四捨五入	円		満了月日	年　月　日迄			
支給期間	年　月　日から 年　月　日		支給日数	日	支給決定額	円	
支給計算	（法定給付） 傷手日額（2/3）	円	×	日＝	円		
	（付加給付） 標準報酬日額	円	×0.1×	日＝	円		
備考	標準報酬月額の平均　千円÷　ヶ月（　年　月～　年　月）＝　円						

日鉄物産健康保険組合理事長　殿

健康保険　傷病手当金　支給申請書（第　回）
傷病手当金付加金

年　月　日

被保険者記入欄					
被保険者の記号・番号	（記号）	（番号）	被保険者の氏名	（フリガナ）	
事業所（会社）の名称					
仕事の内容			生年月日	昭和　・平成 年　月　日	
被保険者住所	〒　－　電話　－　－				
傷病名			発病（負傷）	年　月　日	
発病（負傷）の原因	（1.私用中　2.勤務中　3.通勤中　4.その他）		負傷は第三者の行為によるものですか	1.はい　2.いいえ	
病気（負傷）で休んだ期間（労働不能期間）	年　から 年　まで　日間		左記の期間中に給与を受けましたか	1.はい　2.いいえ	
上記期間に給与を受けた期間及びその金額	給与の100％（全部）を受けた期間 年　から 年　まで	（給与の100％支給の有給等） 日間分	円		
	給与の一部を受けた期間 年　から 年　まで	日間分	円		
老齢年金・傷害年金,傷害手当金・雇用保険等を受けていますか	1.はい　→ 2.請求中　→ 3.いいえ	受給中の年金等の種類			
資格喪失後の請求被保険者の振込口座	銀行・信金	支店（普通　・当座）口座番号			

事業主が証明する欄				
報酬の形態	1．月給　2．日給　3．時間給　4．その他（　）			
労務不能期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	左記の期間中に報酬を支給しましたか	1．はい 2．いいえ	
上記期間内に報酬を支給した期間及びその金額	報酬の100％（全部）を受けた期間 年　月　日から 年　月　日まで	日間分	円	
	報酬の一部を受けた期間 年　月　日から 年　月　日まで	日間分	円	
備考				
上記のとおり相違ありません 年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　印				

医師が意見を記入する欄			
傷病名			
発病（負傷）の原因			
発病（負傷）の年月日	年　月　日	診察を開始した年月日	年　月　日
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	左記の期間の診療実日数	日間
労働不能と認めた理由、治療経過について詳しくご記入ください。			
症状固定	1．未定　2．　年　月　日に（ 固定見込み ・ 固定している ）		
上記のとおり相違ありません 年　月　日 医療機関　所在地 名称 電話番号 医師氏名　印			

1．賃金台帳と出勤簿の写しを添付して下さい。
　また、前払いした定期代等にご注意下さい。
2．第１回目の支給申請書に記載する労務不能期間には、３日間の待機期間を含め労務不能開始日は、被保険者、事業主、医師とも同一日にしてください。
3．老齢年金、傷害年金、傷害手当金、雇用保険等を受けている場合は、証明書の写を添付してください

受付印