

|  |  |                |                         |         |   |    |
|--|--|----------------|-------------------------|---------|---|----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                 | ①被保険者証の記号・番号                             |                | ②被保険者(申請者)の氏名<br>(フリガナ) |         | ③生年月日<br>年 月 日                                    |    |
|  | ④被保険者(申請者)の現住所                           |                | TEL ー ー                 |         |   |    |
|  | ⑤勤務しているまたはしていた事業所の名称                     |                |                         | ⑥標準報酬月額 |   | 千円 |
|  | ⑦資格を取得した年月日<br>年 月 日                     |                | ⑧被保険者の業務の種別             |         |   |    |
|  | ⑨発病または負傷の年月日<br>年 月 日                    |                | ⑩傷病名                    |         |   |    |
|  | ⑪発病または負傷の原因を詳しく記入してください                  |                |                         |         |   |    |
|  | ⑫ ⑩の傷病のため就労できない具体的な症状を記入してください           |                |                         |         |   |    |
|  | ⑬療養のため休んだ期間(申請期間)                        |                | 平成・令和 年 月 日から 年 月 日まで   |         | ⑭第三者の行為によるものですか<br>はい・いいえ                         |    |
|  | ⑮安田日本興亜健康保険組合に加入してから、上記⑬の休み始めた日まで3年未満ですか |                | はい・いいえ                  |         | ●「はい」と答えた場合、別紙「健康保険加入状況等確認書」に必要事項を記入の上、必ず提出してください |    |
|  | ⑯「障害基礎厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか           |                | ⑰受給している場合、どちらを受給していますか  |         | ⑱ ⑯で「はい」「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください     |    |
| はい・請求中・いいえ   |  | 障害基礎厚生年金・障害手当金 |                         | 傷病名:    |   |    |
| ⑲高齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか  |  |                | はい・請求中・いいえ              |         |   |    |
| ●各種年金を受給されている方は、「年金支給額決定通知書」等の写し(年金額が分かる書類)を必ず添付してください。また「請求中」の方は当該書類を入手したら速やかに提出してください。 |  |                |                         |         |   |    |

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

|       |   |  |  |                |          |  |
|-------|---|--|--|----------------|----------|--|
| 委任状の欄 | ⑳ (事業所名)<br>本申請に基づく保険給付金に関する受領を_____に委任します。 |  |  |                |          |  |
|       | 安田日本興亜健康保険組合 御中                             |  |  |                | 令和 年 月 日 |  |
|       | 被保険者 住所 _____                               |  |  | (申請者) 氏名 _____ |          |  |

|          |       |      |                    |                |   |       |  |
|----------|-------|------|--------------------|----------------|---|-------|--|
| 振込金融機関の欄 | ⑳     |      | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |                | 店 | 銀行コード |  |
|          | 普通・当座 | 口座番号 |                    | (フリガナ)<br>口座名義 |   | 支店コード |  |

受付印

※上記の中で当組合に提出すべき書類の確認ができない場合、支給審査を保留します。  
また、支給審査上、上記⑱の過去に加入していた医療保険者(健保、国保等)医療機関、事業主等へ確認(照会)を要する場合、支給決定まで時間を要することがあります。

※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。  
※被保険者証の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。  
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

安田日本興亜健康保険組合 御中

## 同 意 書

私は、傷病手当金支給決定審査に際し、貴組合が必要と認めたとき、次の事項について照会することに同意します。

1. 貴組合加入前の医療保険者（健康保険組合、国民健康保険等）へ給付記録等を照会すること。
2. 傷病の主状態等を医療機関及び療養を担当した医師に意見照会すること。
3. 勤怠状況について、勤務している（していた）事業主へ照会すること。
4. 各種公的年金の受給、雇用保険法に関する給付の受給等について、日本年金機構（年金事務所）、公共職業安定所へ照会すること。

令和 年 月 日

住 所：

氏 名：

＜療養担当医師等記入用＞

|   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|---|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|-------------------|----|----|--------------------|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|----|
| (ケ) 対象者氏名   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (コ) 傷病名   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | (サ) 診療開始日                          | 平成<br>令和          | 年  | 月  | 日                  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | (シ) 発病または<br>負傷の年月日                | 平成<br>令和          | 年  | 月  | 日                  |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (ス) 発病または負傷の原因  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (セ) 労務不能と<br>認められた期間                                    | 平成・令和 年 月 日から                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | 診療実日数                              |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    | 日間 |    |    |    |    |    |      |    |
|   | 平成・令和 年 月 日まで                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (ソ) 上記(セ)期間のうち<br>入院した期間                                | (1) 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日まで          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | 日間入院                               |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|   | (2) 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日まで          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | 日間入院                               |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (タ) 療養費の別   |  | 健保 ・ 自費 ・ 公費 ・ その他 |   |   |   |   |   |   |   |   |                      | (チ) 転帰 |    |    |    |                                    | 治癒 ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医 |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (ツ) 外来診療日<br>(労務不能期<br>間中の外来診<br>療日に○印を<br>付けてくださ<br>い) | 日付                                     | 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 | 受診日数 |    |
|   | 月                                      |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      | 日間 |
|   | 月                                      |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      | 日間 |
|   | 月                                      |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      | 日間 |
| (テ) 傷病の主状態、<br>経過状況                                     | 労務不能期間中の主たる症状                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   | 治療内容、検査結果、療養指導等(詳細に) |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    | 前月(前回期間)の症状との比較 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (ト) 労務不能と<br>認められた医学<br>的な所見                            |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (ナ) 労務不能と認められた期間<br>中の診療実日数が0日<br>の月がある場合は、記<br>入してください | 診療実日数0日の月は、受診しないこ<br>とを承諾若しくは指示をされましたか |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | 「はい」の場<br>合、その理<br>由を記入し<br>てください  |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|   | は い ・ いいえ                              |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| (ニ) 当該傷病名に対して、<br>処方箋を発行されまし<br>たか                      | は い ・ いいえ                              |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    | 「いいえ」の<br>場合、その<br>理由を記入<br>してください |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
|   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    |                    |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| 上記のとおり相違ありません。  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    | 令和 年 月 日           |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |
| 〒<br>医療機関の所在地<br>医療機関の名称<br>医師の氏名                       |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |                      |        |    |    |    |                                    |                   |    |    | TEL — —<br>FAX — — |                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |    |

療養を担当した医師が証明するところ

＜事業主記入用＞

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| (ア) 労務に服さなかった期間  | 平成・令和      年      月      日 から<br>平成・令和      年      月      日 まで                      | 日間                    |
| (イ) 給与の体系  | 月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他(                      )   | 支払月      当月 ・ 翌月      |
| (ウ) 出勤日は○、有給休暇取得日は△、公休日は公、欠勤日は／、休職期間は休と記入してください。                             |   |                       |
| 日付   | 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 | 有給日数      無給日数        |
| 年 月  |   |                       |
| 年 月  |   |                       |
| 年 月  |   |                       |
| (エ) 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を記入してください<br><b>※控除前の給与支払額を記入してください</b> | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間  | 支払額      日 額          |
|  |   | 円      円              |
|  |   | 円      円              |
| (オ) 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支払いました(ます)か                                     | はい ・ いいえ  |                       |
| (カ) 交通費の支払状況について記入してください   | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間  | 支払額      支払状況         |
|  |   | 円      支払済 ・ 回収済 ・ 未払 |
|  |   | 円      支払済 ・ 回収済 ・ 未払 |
| ●賃金計算方法(欠勤控除計算方法)等について記入してください   |   |                       |
| (キ) 復職について記入してください   | 平成 令和      年      月      日 (予定) ・ 未定  |                       |
| (ク) 上記のとおり相違ないことを証明します。  |   | 担当者氏名                 |
| 令和      年      月      日  |   |                       |
| 事業所所在地 〒   |   |                       |
| 事業主名称  |   |                       |
| 事業主氏名  |   |                       |
| TEL      -      -  |   |                       |