

# 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				
	【必ず記載】  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		年金の支給 事由となった 傷病名	
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	
振込希望銀行	銀行	支店(普通・当座) (支店番号)	No	カナメイギ( )		
※被保険者本人名義の口座(家族不可) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面(2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。						

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…◎ 有休…□ 出勤日…△																														
	当傷病が原因で <b>労務に服さなかった期間</b> (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)										
	<b>労務に服していない期間中</b> 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																															

※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 電話番号 ( ) 印																															

※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。