

傷病手当金支給申請書

被保険者 1. 傷病の原因届(骨折、損傷等けがの時)
添付書類 2. 年金額改定通知書(写、障害年金受給者等)
3. 戸籍謄本原本(死亡した被保険者の請求で、
被扶養者以外の方が申請するとき)
4. その他、健康保険組合が指定したもの

※記入、または☑をしてください

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号			番号		
	被保険者	氏名	(フリガナ)				
		住所	〒				
		生年月日	平日の日中に連絡が取れる電話番号 ()				
	事業所(会社)の名称				内線	-	従業員番号
	死亡した被保険者の請求の場合	請求者氏名	(フリガナ)			被保険者との関係(続柄)	
		住所	※被保険者と住所が相違する場合に記入 〒			被保険者住所と同じ ☐	
			平日の日中に連絡が取れる電話番号 ()				
	被保険者資格取得年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日 ※お手元にある健康保険被保険者証の「資格取得年月日」欄を確認して記入してください					
	傷病名			発病又は負傷年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日		
療養のため休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間						
障害年金または障害手当金について	受給していますか →	☐いない ☐申請中 (令和 年 月 日付) ☐いる → 年金の種類は ☐障害年金 ☐障害手当金 年金の支給理由となった傷病名 ()					
振込先の確認	現在の状況について☑をしてください ☐ 1. 在職中→ ☐ 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します ☐ 2. 任意継続被保険者→ 当健保に届出済の口座へ振込 ☐ 3. 令和 年 月 日退職(喪失) または 退職(喪失) 予定 → 下記振込口座欄にご記入ください ☐ 4. 死亡した被保険者の請求である → 下記振込口座欄にご記入ください						

振込先の確認欄において「3」または「4」に該当する方、または1ヶ月以内に退職(喪失)予定の方は右欄に被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所					
	預金種別	普通	口座番号	口座名義		カタカナ

資格喪失後の継続給付の方は右記の内容について誓約してください	私は、上記療養のため休んだ期間において、①就労を開始した ②雇用保険の給付(求職者給付)を受けた ③老齢基礎・厚生年金、障害基礎・厚生年金の受給を受けた ④労災保険の給付を受けた ⑤家族の健康保険の扶養に入った のいずれかに該当した場合、ただちにオリエンタルランド健康保険組合へ申し出て、支給済傷病手当金を全額(または一部)返還することを誓約いたします。	誓約します ☐
--------------------------------	---	---------

健保使用欄 (当初満了日 : 年 月 日) (通算化満了日 : 年 月 日) (月額¥) (日額¥)	支払日付印	受付日付印
	健保処理日	

被保険者氏名	
--------	--

事業主が記入する欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	全部または一部支給する場合	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
		内訳 (日分)(¥)(月 日 支払)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	
事業所 所在地 名称 代表者		

	傷病名											
	発症または負傷の原因											
	発病又は負傷年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日			療養の給付を開始した年月日		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日					
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間										
	上記期間の診療実日数	日間		入院期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間						
療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病の主たる症状および経過「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）											
												
												
												
												
												
												
												
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日												
所在地												
医療機関 名称												
医師氏名 電話 （ ）												