提出先：所属事業所経由→カゴメ健康保険組合

傷病手当金支給決定決議書

				常務理事	事務長	担当者	担当者
支給金額	円						
支給開始日	・　・	前回最終支給日	・　・				
支給期間	・　・ ・　・　～　日間	不支給期間		不支給理由	1.労務不能と認められない 2.給付期間満了3.報酬受給 4.前回支給済	起案　・　・	

健康保険　傷病手当金支給申請書　（第　1　回）

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号・番号	記号　10　番号　7890		事業所の名称	カゴメ株式会社　〇〇支店	
資格を取得した年月日	昭和・(平成)・令和　15 年　4 月　1 日		標準報酬月額	360 千円	
発病又は負傷の年月日	(平成)・令和　31 年　4 月　25 日		傷病名	右足腓骨骨折	
発病又は負傷の原因（第1回目の請求のときだけ記入）	〇〇〇で釣りをしていて転倒した			第三者行為によるものですか	1.はい　(2.いいえ)
病気や怪我で仕事を休んだ期間（請求期間）	平成 ~~令和~~ 31 年　4 月　25 日から 令和　元 年　5 月　25 日まで　31 日間			今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	1.はい　(2.いいえ)　3.労災請求中
障害年金、障害手当等を受けているとき、又は受けることができるとき	年金の種別	障害年金・障害手当等	年金を受けることとなった年月日	年　月　日	障害年金を受けている場合は証書の記番号
振込銀行名	××××信用金庫 ~~銀行~~　××××支店　普通 口座番号　1234567			(フリガナ) カゴメ ジュンイチロウ 口座名義人　篭目純一郎	

上記のとおり申請します。　　令和　元 年　6 月　15 日

被保険者住所　〒 460-0003　名古屋市中区錦一丁目1-1　カゴメマンション101

氏名　篭目　純一郎　（篭目）

カゴメ健康保険組合　殿

事業主が証明する欄

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	期間中の報酬について	支給した・一部支給した・支給しない		
期間中の就労状況を欠勤－〇・出勤－×・有給－△・公休－公　で該当日に表示してください。		期間中に報酬を支給したとき又は支払日等の関係で後日	種類＼期間	月　日から 月　日まで	月　日から 月　日まで
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 … 21 22 23 24 …		基本給	円	円
月	1 2 3 4 … 11 12 13 14 … 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		住宅手当	円	円
		給料の種類	月給・日給・日給月給・時間給・その他		

この欄は事業主に証明をもらってください

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

事業主名称　㊞

事業主氏名

医師が意見を書く欄

傷病名		発病・負傷の日	年　月　日	発病・負傷の原因	
		療養給付開始日	年　月　日		
労務不能と認めた期間	年　月　日から	診療実日数		入院期間	年　月　日から 月　日まで
傷病の主症状及び経 …					…い)

この欄は医師に証明をもらってください

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関所在地

名称　㊞

医師氏名