

支 給 額						円
支 給 期 間	令和	年	月	日	から	日間
	令和	年	月	日	まで	
前 回	令和	年	月	日	から	日間
	令和	年	月	日	まで	
資 格 取 得	年 月 日					
資 格 喪 失	年 月 日					
標準報酬月額	千円（第 級）					

理事長	常務理事	事務長	担当者
受 付 年 月 日		令和	年 月 日
伺 年 月 日		令和	年 月 日
決 裁 年 月 日		令和	年 月 日
支 払 年 月 日		令和	年 月 日
不 支 給	期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	理由		

傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	年 月 日																																	
	西日本新聞社健康保険組合理事長殿																																	
	被保険者 住 所																																	
	氏 名																																	
	下記のとおり申請します。																																	
	被保険者証 の記号・番号	記 号	番 号	事業所 の名称		被保険者の 仕事内容																												
	発病または負傷の年月日	平・令	年	月	日	傷病名		第三者の行為に よるものですか	☐ はい ☐ いいえ																									
	発病または負傷の原因	(工作中・通勤途中・その他)																																
	療養のため働けなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間																																
	上の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けるまたは受けたときはその報酬額および期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円																																
業 主 が 証 明 す る と こ ろ	「障害年金」や「障害手当金」等 を受給中、または受給予定ですか (受給の方は金額等記入下さい)		☐ はい ☐ いいえ ☐ 申請中 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 ・傷病名 ・金額 円・受給開始年月日 年 月 日																															
	振込指 定口座	銀行	支店	1.普通 2.当座	口座 名義	フリガナ																												
	勤務状況 (出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください。)								出 勤	有 給																								
	年 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	日	日
	年 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	日	日
	年 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	日	日
	年 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	日	日
	年 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	日	日
	年 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	日	日
	上記の労務に服さなかった期間の賃金支払状況						給与の種類			賃 金 計 算																								
	全額支給した場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日迄 日間分	円 (日額 円) 月 日支払				月給・日給月給 日給・時間給	締日	支払日	日																								
			円 (日額 円) 月 日支払							当月 翌月	日 日																							
	一部支給した場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日迄 日間分	円 (日額 円) 月 日支払				備 考																											
			円 (日額 円) 月 日支払																															
							担当者氏名																											
	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										事業所名称																							
											事業主氏名																							

申請期間の賃金台帳と出勤簿 (タイムカード) の写を、初回申請時にはさらに前 1 ヶ月分を添付して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名		傷病名		発病または 負傷年月日	平・令 年 月 日																					
	発病または 負傷の原因				療養の給付 開始年月日	平・令 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				診療実日数	日間																				
	上記の期間を含 む月の診療日 (○で囲む)	年 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																								
		年 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																								
		年 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																								
		年 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																								
年 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																									
年 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																										
傷病の主症状 および経過	上記の期間に行った療養内容（投薬、検査、手術、療養の指示など、できるだけ詳しく記入して下さい。） ・投薬 ☐ なし ☐ あり（ 日分） ・通院指導の有無 ☐ なし（理由： ） ☐ あり（ 週間／ 回） ・療養の指示内容・経過の概要（検査・手術を行った場合は、その内容についても記入してください）																										
上記の期間労務 不能と認められ た医学的所見																											
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話（ ）																											

受付印