

①申請書に必要事項を記入し、医師の証明を受けた後、各社担当へ提出ください。

・老齢厚生年金、障害年金等を受給中の場合：年金証書（写）又は年金額改定通知書（写）
※その他必要に応じて当組合より追加で資料の提出をお願いする場合がございます。

常務理事	担当者	担当者	

傷病手当金支給申請書・同意書

第 1 回目

健康保険の 記号番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
被保険者 氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ			被保険者 住所	〒 郵便番号・住所・電話番号を記入ください ※住所はマンション名、部屋番号まで記入ください					
	健保 太郎			電話 い ()							
傷病名	※医師から診断された傷病名をご記入ください				発病 又は 負傷 年月日	平成 令和	年	月	日	職種	〇〇
申請期間 (病気またはケガで休んだ期間)	〇年 〇月 〇日 から		〇年 〇月 〇日まで		〇日間						
第三者行為 によるもの ですか	1. いいえ	発病または 負傷の原因 (どこで)	(いつ) 年 月 日		詳しい負傷原因等をご記入ください。 ① 私用中 2. 仕事中 3. 通勤途中 4. その他()						
	2. はい		自宅		※発症に至る原因をできるだけ詳しくご記入ください						
労災保険の 休業補償給付 を受けていま すか	1. いいえ	「はい」または「労災請求中」の場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。									
	2. はい 3. 労災請求中	労働基準監督署									
各種年金・ 障害手当金 受給の有無	1. なし	種別	① 障害厚生年金	基礎年 金番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	受給 金額	年額 〇〇〇,〇〇〇 円	受給対 象の 傷病名	※対象となる傷病 名 をご記入ください		
	② あり ↑ 請求中		2. 障害手当金								
資格喪失後の方・任意継続被保険者の方のみ	1. なし		2. 請求中		年額						
<p style="text-align: center;">資格喪失後の方・任意継続被保険者の方は記入が必要となります</p> <p style="text-align: right;">「あり」の場合は、その種類と対象となる傷病名や金額を証明できる書類を添付</p>											

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合 理事長殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合よりお送りした療養の給付記録・診療情報提供書に関する照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をするに当たって、下記のとおりご対応をお願いいたします。

忘れずに記入ください

関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。
照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

被保険者氏名 健保 太郎

私は、本請求に基
 年
 被保険者氏名

※支払金融機関の名義が被保険者（申請者）と異なる際は、
 「委任状」欄に署名が必要となります

いたします。

振込先金融機関（※）

☐ 第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてください。
（チェックをした場合、下段の金融機関の記入は省略できます）

被保険者名義※2 の口座をご記入 ください。その 他の名義口座の 場合には上段 の、「委任状」 欄に署名が必要 となります。	○○○	銀行	○○	本店
		金庫・信組		
		農協・漁協		
		支店		
支店番号	普通	当座	口座番号（右づめ）	
○○○			○○○○○○○○○○	
名義人（フリガナ）			ケンボ タロウ	
健保 太郎				

2回目以降の申請の際に使用する欄

年 月 日提出

受付日付印

※ 被保険者証の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名	健保 太郎											
	傷病名	傷病名											
	初診日 (療養の給付開始年月日)	年		月		日							
	発病または負傷年月日	平・令	○	○	○	○	○	○	○	○	○	発病または負傷の原因	
	労務不能と認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						〇〇日間	左の期間中の診療実日数				
	上記期間中に入院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	入院の費用の別	健保費 公費 その他	転帰	治中 繰越	癒止 越医
	傷病の主状態及び経過概要	労務不能と認めた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください。											
人工透析を実施または人工臓器を装着した場合	(人工透析を実施または人工臓器を装着した日) 年 月 日						(人工臓器等の種類) 1.人工透析 3.人工肛門 5.人工関節						
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日													
<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;"> <p>※担当医師が記入・証明する欄</p> <p>できるだけ漏れがないよう、記入をお願いしてください</p> </div>													
<div style="border: 1px solid yellow; padding: 5px;"> <p>「証明日」は、労務不能と認めた期間以後の日付が有効となります</p> </div>													
医療機関名 医師氏名 電話													

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業所が証明するところ	被保険者氏												
	報支額												
	労務にかかった期間												
	上記の期間												
	実際の報酬支払												
	月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	療養の継続及び出社の確認	1. 継続療養中 (証明日現在) 2. 出社 (年 月 日から)											
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日												
	事業所所在地												
	事業所名称												
事業主氏名													
電話													