（給付第6号）

LIXIL健康保険組合理事長 殿

事業主受付	健保組合受付

傷病手当金支給申請書 （第　　回）

（令和6年12月改訂）

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄	1. 被保険者等（記号-番号）	ー	2. 氏　名	
	3. 所属事業所名		4. 生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
	5. 傷　病　名			
	6. 発病または負傷の原因			
	7. 申請内容（該当に☑）	□私傷病での申請　□労災ではありません（労災は申請不可）　※第三者行為、交通事故は別途対応（HP参照）		
	8. 申請期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		
	9. 障害厚生年金（該当に☑）	□ 受給している （受給事由の傷病名：　　） □ 受給していない ※受給されている方は申請期間に該当する年金受給額が確認できる年金振込通知書等の写しを毎回添付ください。		
	10. 老齢年金（該当に☑）	**※退職後に給付される方のみ記入ください** □ 受給している　□受給予定（　　年　　月から）　□ 受給していない ※受給されている方は申請期間に該当する年金受給額が確認できる年金振込通知書等の写しを毎回添付ください。		
	11. 委任状 **在職中の方は記入**	LIXIL健康保険組合 理事長 殿 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。 〒 被保険者　住所 氏名　　㊞		
	12. 受取金融機関 **退職後の方は記入** （本人名義の口座）	銀行コード（　　）　銀行・信金 信組・農協	支店コード（　　）　本店・支店 出張所	預金種別 普通 ・ 当座
		口座番号（右づめ）	（フリガナ）	
			口座名義人	

事業主証明欄	1. 労務に服さなかった期間：令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　日間）				
	2. 勤務状況（出勤は○、有休は△、AM半休は ◤、PM半休は ◢、公休は公、欠勤は / で表示してください）				計
	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			出勤　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			有休　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			半休　日
	3. 賃金支給状況　上記期間中の分として全額または一部支給した（します）か → はい ・ いいえ 「はい」の場合、下欄に記入してください。				
	年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	日額　円	月　日 支払
	年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	日額　円	月　日 支払
	年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	日額　円	月　日 支払
	上記の通り、事実と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 事業主氏名				

療養を担当した医師記入用

健康保険 傷病手当金支給申請書

1. 患者氏名			
2. 傷病名	①	3. 初診年月日 左記の傷病に対して貴院での初診日をご記入ください	①　年　月　日
	②		②　年　月　日
	③		③　年　月　日
4. 発病または負傷の原因			
5. 発病または負傷の年月日	年　月　日　□ 不明	6. 受診区分 該当に☑	□健保　□公費 □自費　□その他
7. 労務不能と認めた期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		
8. 上記７の診療実日数	日	9. 上記７の期間に入院した場合	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日（　日間）
10. 上記7の期間における「主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導」等			

11. 上記の通り相違ないことを証明します。

［証明日］ 令和　年　月　日

〒

住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名

TEL

LIXIL健康保険組合