1 枚目：被保険者が記入するページ（この申請書は 2 枚一組です）

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第　　回目）

被保険者（申請者）情報				
①社員番号	ID	③氏名	④生年月日	
②記号－番号 ＊空欄でも可	―		昭和 ・ 平成 年　　月　　日	
⑤住所	〒		⑥携帯 TEL ＊必ず記入してください	

⑦給付金受取口座															
＊被保険者名義の口座に限ります。口座名義と被保険者氏名が一致しない場合は入金できません。 ＊婚姻等で氏名変更をした場合は、保険証の氏名変更手続きと金融機関での口座名義変更の手続きを終えてから申請してください。															
金融機関コード					支店コード				普通口座No.						
金融機関名					支店名				口座名義（カタカナ）＊被保険者の氏名と一致していること						
銀行 信金 その他(　　)					本店 支店 出張所										

申請内容			
⑧傷病名		⑨発病または負傷の年月日 ＊おおよそ	
		令和　　年　　月　　日ごろ	
⑩療養のために休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日まで		
⑪ ⑩の期間中の状態	症状：		
	医師からの指示：		

確認事項（当てはまるものに〇）	
⑫傷病の原因	1. 仕事中に負ったケガや仕事が原因でかかった病気ではない（原因が不明なものを含む） 2. 仕事中や通勤途中に負ったケガや仕事が原因でかかった病気である ⇒ 労災・通災に該当するため傷病手当金は支給対象外です（管轄の労働基準監督署へご相談ください） 3. 他の誰かによって負わされたケガや病気である（交通事故など、確実に相手に原因があるもの） ⇒ 加害者が休業期間の損害賠償を負うべきものであるため傷病手当金は支給対象外です（加害者や保険会社に請求してください）
⑬障害年金等	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか（申請中ですか） 1. はい ⇒「年金証書」のコピーと「直近の振込通知書（ハガキ）」のコピーを添付してください 2. 申請中 ⇒ 年金の支給決定後、ただちに「年金証書」のコピーを提出してください さかのぼって年金が支給開始となる場合、先に支給した傷病手当金は返還いただきます 3. いいえ
⑭申請期間の報酬	当組合の資格を喪失した方のみ）⑩療養のために休んだ期間（申請期間）中に、雇用保険の求職給付（失業手当）・給与・個人事業による収入・退職後の老齢年金など、何らかの報酬を受けましたか。または、この後、受ける（支払われる）予定ですか。 1. はい ⇒傷病手当金は支給対象外です　　2. いいえ

備考	

注意点

- この用紙は A4 サイズ・白黒・片面印刷、でプリントアウトしてください。
- 第 1 回目の申請時には、「第 1 回目の添付書類_３枚」を添付してください。
- 申請は原則として「ひと月ごと」に行ってください。月ごとでない場合も受付けますが、支給に時間を要します。
  例：4 月 15 日から 6 月 25 日まで休んだ場合は、⑩療養のために休んだ期間（申請期間）を次のようにして申請してください。
  第 1 回目：4 月 15 日 ～ 4 月 30 日、 第 2 回目：5 月 1 日 ～ 5 月 31 日、 第 3 回目：6 月 1 日 ～ 6 月 25 日
- ⑫で「2」または「3」と回答した場合、傷病手当金は支給対象外ですが、災害認定や事件事故の解決までに相当の時間を要するときは、その間の生活費の補填として傷病手当金を支給することができます。ただし、災害認定や事件事故が解決した時点で、ただちに傷病手当金を返還いただきます。それをご理解いただいた上で申請してください。

受付印

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合

傷病手当金支給申請書 2 枚目（この申請書は 2 枚一組です）

被保険者（申請者）が記入	ID	記号－番号 ＊空欄でも可 －	氏名

以下は事業主が記入する欄です。所属店舗の証明は不要です。資格喪失後の申請については記入の必要はありません。

事業主証明欄							
	労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日間					
	内訳（日）	出勤	欠勤	有給	公休	計	期間中の賃金 発生した ・ 発生しない
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名						

以下は医師等が記入する欄です。医療機関等で意見を受けてください。

療養を担当した医師等の意見記入欄								
	傷病名				初診日(療養の給付開始年月日)	令和　年　月　日		
	発病または負傷の年月日	令和　年　月　日		発病または負傷の原因				
	労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで						
		↑治療期間ではなく療養のために就労できなかったと認められる期間（証明日以前）を記入してください。						
	内、入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		療養費用の別	□ 健保 □ 公費 □ 自費 □ その他	転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医	
	診療実日数	日	診療日	＊労務不能期間中の診療日をすべて記入してください（月/日）				
	主たる症状・経過・治療内容・検査結果・療養指導等							
	従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見							
	人工透析実施または人工臓器装着	令和　年　月　日から		人工臓器等の種類	□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ ペースメーカー □ 人工透析 □ その他（　）			
	上記のとおり相違ない。 令和　年　月　日 所在地 医療機関名称 医師の氏名　医師の㊞ TEL							

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合