

確認欄	内容に相違ないことの証明としてチェックをつけてください。チェックがない場合は再提出していただく場合があります。
	この届出については、次の要件を満たしたものである。 (事業主) <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者証等の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	年	月	日		
	被保険者氏名	フリガナ		〒		被保険者住所						
	生年月日	年 月 日										
	事業所名及び電話	電話 () 内線 ()										
	傷病名							発病又は負傷年月日	年	月	日	
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく							第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい			
	傷病又は負傷で療養するため休んだ期間	年 月 日 から		日間								
		年 月 日 まで										
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた ・ 受けない		将来	受けられる ・ 受けられない						
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から		年 月 日まで		の分として 円						
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		基礎年金番号		—						
	受給病名			障害厚生年金、手当金の額		円						
	労働災害・通勤災害の補償給付の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		受給病名								

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合には <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。)
--------	--

支払金融機関	銀行 信金・信組	本店 支店
	支店番号	口座番号
		普通 当座
	名義人	フリガナ

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
		年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
	②一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
		年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
所在地				
事業主 名 称				
氏 名				
電 話				

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日			
	療養の給付を開始した年月日	年 月 日			
	発 病 又 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	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要				
	う え の 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		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名					
医師の氏名 ◎ ※					
電 話					

※医師の押印は省略可能です。ただし、省略した場合は診療報酬明細書(レセプト)との突き合わせが完了してから支給となります。

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

受付日付印

【提出先】

- ・在籍者：返送キットの返信用封筒に書かれている宛先、申請から1ヶ月以上経ってもキットが届かない場合は内容を明記して askjphr@microsoft.com (日本マイクロソフト社人事本部) へ問い合わせ
- ・任意継続被保険者：〒108-0075 東京都港区港南2-16-3
品川グランドセントラルタワー マイクロソフト健康保険組合宛