被保険者記入用 | 1 | 2 | 3

様式12-①

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	支給金額	円
				内訳 支給期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
				標準報酬日額 (2/3)	円 (　円) 支給日数 日
支給日	令和　年　月　日				
決定日	令和　年　月　日			支給実績	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
受付日	令和　年　月　日			資格喪失日	令和　年　月　日　被保険者資格1年以上　有・無
要件確認	□過去の傷病手当金受給　□公的年金受給　□労災保険申請				

健康保険　傷病手当金支給申請書（　　回目）

会社名		所属名	
日中の連絡先	自宅　（　　）　－ 携帯　（　　）　－	被保険者証	記号　番号
傷病名	① ②	初診日	① □平成 □令和　年　月　日 ② □平成 □令和　年　月　日
該当の傷病	□病気	(発病時の状況)	
	□ケガ	(負傷の原因と状況)	
仕事の内容（退職後の場合は退職前の内容）			
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　日間		
下記のいずれかの給付を受給していますか。又は過去に労災保険の休業補償給付を受けていますか。	□はい　□請求中　□過去に受給(労災保険)　□いいえ		
上記で「いいえ」以外の場合、該当する給付の情報を記入下さい。	□障害厚生年金　障害手当金 （傷病名:　基礎年金番号:　）		
	□老齢又は退職を事由とする公的年金 ※健康保険の資格を喪失された方はご記入下さい。 （基礎年金番号:　）		
	□労災保険の休業補償給付(受給中・申請中) ・請求先:　労働基準監督署		
	□労災保険の休業補償給付(過去に受給) ・請求先:　労働基準監督署 ・支給期間:　年　月　日 ～　年　月　日		

上記の記載事項に相違ありません。
本件について、必要があれば、貴組合が関係諸機関に照会を行うことを同意いたします。
傷病手当金受給後に、当該傷病について労災保険等の給付を受けた場合は、傷病手当金を貴組合に返還いたします。

令和　年　月　日

被保険者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※事業主の証明（様式12－②）は、被保険者資格喪失後の受給の場合には必要ありません。

北陸電力健康保険組合

事業主記入用	1	2	3

様式12-②

健康保険　傷病手当金支給申請書

被保険者 氏　名		被保険者証	記号				番号						

・労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況をご記入ください。
・証明期間に係る出勤簿（写）及び賃金台帳（写）を添付ください。

勤務状況	【出勤 ○】　【半休 □】　【有給 △】　【公休(土日,祝日等) 公】　【欠勤 ／】																	
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31	有給	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31	有給	日

上記期間を含む賃金計算期間の賃金支払い状況を記入下さい。	□支給あり　□支給予定（予定日　月　日）　□支給なし						
	賃金計算	締日	日	支給日	□当月 □翌月　日	給与の種類	□月給　□時間給 □日給　□歩合給 □日給月給　□その他

支給期間	月　日 ～ 月　日	月　日 ～ 月　日
賃金内訳	支給額	支給額
基本給	円	円
通勤手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
現物給与	円	円
計	円	円

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日 事業所名 事業主名	事業主代理人（所属長）	認印

北陸電力健康保険組合

療養担当者記入用 | 1 | 2 | 3 | 様式12-③

健康保険　傷病手当金支給申請書

患者氏名			
傷 病 名	①	初診日	① □平成 □令和　年　月　日
	②		② □平成 □令和　年　月　日
発病または負傷の年月日	令和　年　月　日　□発病 □負傷	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 ～ 令和　年　月　日　日間		
うち入院期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間入院	転帰	□治癒　□中止　□繰越　□転医

診療実日数	日	診療日及び入院していた日を〇で囲んで下さい。	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
			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

上記の期間中における傷病の症状・経過及び労務不能と認められた医学的な所見。

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　認印

北陸電力健康保険組合