

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (右づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/>				

同意欄	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、貴組合が関係機関（前加入保険者、医療機関、事業主、日本年金機構等）に対して必要な情報の照会を行うこと、およびその回答を得ることに同意します。
	年 月 日 被保険者氏名（自署）

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容	1) 傷病名	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	2) 傷病名		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	3) 傷病名		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
3 発病又は負傷の原因を詳しくご記入ください。		(発病時の状況 いつ、どこで、何をして等) 業務上又は通勤途上、第三者の行為による負傷ではありません。 <input type="checkbox"/>			
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日 から	日数		
		令和 年 月 日 まで		日間	
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)					

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで 円
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 [「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。]	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円
	3 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称をご記入ください。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ 名称
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号 被保険者番号 保険者名称	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

労務に服することができなかつ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等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																													
	勤務状況		【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は×】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																											
	令和 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	計	出勤	有給	公休	欠勤																							
	令和 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	計	日	日	日	日																							
令和 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	計	日	日	日	日																								
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算		締日	日																				
		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給			支払日	<input type="checkbox"/> 当月	日																			
					<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 翌月	日																			
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																														
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日	月 日	月 日	月 日																								
	区分		～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分																								
			支給額	支給額	支給額	支給額																								
	基本給																													
	手当																													
	手当																													
	手当																													
現物給与																														
計																														
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する。 令和 年 月 日 担当者氏名																														
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()																														

健康保険組合記入欄

【被保険者の方へ】
お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名		
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日 (1) 令和 年 月 日
		(2)	(2) 令和 年 月 日
		(3)	(3) 令和 年 月 日 (初診日)
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	発病または負傷の原因
		令和 年 月 日まで 日間	
	うち入院期間	令和 年 月 日から	療養費用の別
		令和 年 月 日まで 日間 入院	
	診療実日数	診療日を	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
○で囲んで		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
ください。		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 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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日 令和 年 月 日	
		退院年月日 令和 年 月 日	
症状経過からみて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			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()	
医療機関の所在地	医療機関の名称	令和 年 月 日	
医師の氏名	電話 ()		

記入例

1	患者氏名	健康太郎
2	傷病名	(1) 急性虫垂炎
3	療養の給付開始年月日 (初診日)	(1) 令和 5 年 3 月 1 日
4	発病または負傷の年月日	令和 5 年 3 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病
5	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	発病または負傷の原因
		就寝中に激しい腹痛あり、検査の結果、急性虫垂炎と診断。
	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	手術年月日	令和 5 年 3 月 7 日
	退院年月日	令和 5 年 3 月 7 日
	症状経過からみて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	経過観察も含めて、上記期間を労務不能と認めた。
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()
	上記のとおり相違ありません。	令和 5 年 4 月 2 日
	医療機関の所在地	三重県鈴鹿市△△2-2
	医療機関の名称	○総合病院
	医師の氏名	健康 太郎 電話 059 (222) 2323

- 【被保険者の方へ】
- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。
- 【療養担当者の方へ】
- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
 - 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
 - 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
 - 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。