

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回 目)

被 保 険 者 情 報	①被保険者証	記号	番号	②生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	③氏名(申請者)	(フリガナ)							
	④住所(申請者)	〒	—	都・道 府・県					
	⑥事業所名称				⑤電話番号 (日中の連絡先)	()		
	⑦被保険者の 資格取得日	昭・平・令	年	月	日				
⑧傷病手当金の決定をするにあたり必要な事項を、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、 また関係機関等が回答をすることに同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。								被保険者氏名 (申請者氏名)	

申 請 内 容	⑨療養ため労務に 就くことができない 傷病名	<input type="checkbox"/>	医師等が記入する④欄(2ページ目)の傷病による申請の場合 は、左記に☑を入れてください。別傷病による申請を行う場合 は、別途その傷病に対する医師等の意見を受けてください。	⑩発病又は負傷 年月日	昭・平・令	年	月	日	
	⑪仕事の内容 (具体的に)								
	⑫療養の為休んだ 期間の症状(詳しく)								
	⑬発病又は負傷の 原因(詳しく)	業務外・業務上・通勤途上 ※業務上・通勤途上の場合は、 労働基準監督署にご相談ください。	(何をしています)						
	⑭傷病の原因は相手 がいますか(交通事故 やケンカ等)	はい・いいえ	「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要 となります。(過失割合に応じて組合から相手に請求しま す。)	⑮介護保険サービスを受けたとき					
	⑯療養の為休んだ 期間(申請期間)	平・令	年	月	日	から	日間		
	⑰上記期間に報酬 を受けられますか	はい いいえ	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額	平・令	年	月	日	から	報酬額
	⑱障害厚生年金 又は 老齢年金 (退職者のみ) を受給していますか	受給中 請求中 未請求	「受給中」「請求中」の 場合、受給の要因とな った傷病名と基礎年金 番号等	年金の 種類	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	傷病名	<input type="checkbox"/> 老齢年金	基礎年 金番号	
基礎年金 番号									
年金額 (年額)									
円									
※今回申請される傷病と同一の傷病で障害厚生年金又は障害手当金(障害基礎年金のみの場合は対象外)を受給している 場合及び、退職後の申請期間で老齢又は退職を事由とする公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額が調整 されます。									

※ この傷病手当金の申請する期間において、労災から休業(補償)給付を受ける予定又は、受給している場合は当健康保険組合にご連絡ください。

委 任 状	⑲被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。	令和	年	月	日
	在籍者の方は委任 状が必要です。	氏名				
⑳受任者 (事業所)	氏名	受任者氏名は当健康保険組合に提 出している給付金振込依頼書と同一 にしてください。				

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「医師等/事業主記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

⑲備考

⑳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 (医師等/事業主記入用)

医師等 が 意見 を 記入 する ところ	⑳患者氏名			※㉒欄の傷病名は、療養のため労務不能と認めた傷病名のみを記入してください。		
	㉑傷病名 (労務不能と認めた傷病名が2個以上ある場合で、関連疾病でない場合は別申請になるため、もう一部作成してください)	1)			㉓療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)	1) 昭・平・令 年 月 日
		2)				2) 昭・平・令 年 月 日
	㉔労務不能と認めた期間	平・令 年 月 日 から	日間	㉕発病又は負傷年月日		昭・平・令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
		平・令 年 月 日 まで		㉖発病又は負傷の原因		
㉗外来診療日に○を	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	
	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				
	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			日	
㉘㉙欄のうち入院期間	平・令 年 月 日 から	日間	㉚療養費用の別		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止	
	平・令 年 月 日 まで		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
㉛主たる症状及び経過(できる限り詳しくご記入ください。)						
㉜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所見						
㉝人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき 人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日 昭・平・令 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()	㉞今回の傷病で障害年金の申請にかかる診断書を発行されましたか		記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 ()			

事業主 が 証明 する ところ	㉟被保険者氏名			事業主のみなさま 「初回請求分」と「第2回目以降で申請期間を含む賃金計算の締日の翌日から締日までに給与がある場合」はその間の賃金台帳の写しと出勤簿の写しを添付し、交通費の支払期間、賃金計算方法(欠勤控除の計算式、交通費の計算式等)を記入してください。前払いの交通費がある場合はその月の賃金台帳の写しを添付してください。精算(払戻)した場合はそのことがわかる資料・計算式も添付してください。		
	㊱労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日 から	日間			
		平・令 年 月 日 まで				
	申請期間を含む賃金計算の締日の翌日から締日までの勤務状況をお書きください。 出勤は○ 有給は△ 公休は□ 欠勤は/で表示してください。(資格喪失日以降の証明は必要ありません。)					
	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	有給	欠勤	
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	日	日	日	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	日	日	日	日	
㊲被保険者の	給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> フレックス <input type="checkbox"/> その他()	賃金計算	締日	支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	
㊳上記の期間に対して、報酬の全部又は一部を支給した(する)場合	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円			
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円			
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円			
㊴現在までもまた将来も支給しません		はい・いいえ(給与がある場合はいいえに○を付けてください)				
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日				
所在地 〒						
事業所名称						
事業主氏名		電話番号 ()				