

常務理事	事務長	

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4
被保険者（申請者）記入用

			申請日		年	月	日
被保険者（申請者）情報	被保険者証の （右づめ）	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者へ提供することに同意いたします。

支給決定額は給与支給します。給与支給のできない方のみ「振込先指定口座」を記入してください。

振込先指定口座	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。)	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	氏名・印 住所 (〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(元.5)
受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	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
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(発病時の状況) [負傷原因]	
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ から _____ 日まで	日間	日数
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 _____ 円 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで
	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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 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。	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____
	「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。	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年金額 _____ 円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ 名称 _____	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号 _____ 年金コード _____	
「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。	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年金額 _____ 円	
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？また給付を受ける予定はありますか？	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. 労災請求予定 <input type="checkbox"/> 4. いいえ	
4 - ① 「いいえ」以外の回答を選んだ場合、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

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服することができなかった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、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。												出勤	有給																							
	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
	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
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	
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 → 「支給した賃金内訳」を記入する			賃金計算			締日			日																									
			<input type="checkbox"/> いいえ						支払日			<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月			日																						
上記の期間のうち、報酬を全額または一部支給した場合、又は支給する場合、ご記入ください。																																					
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	左記①②③は必ず算出ください。 【①支給額合計÷②何日間分=③日額】																															
	区分		支給額	支給額	支給額																																
	基本給																																				
	通勤手当																																				
	住居手当																																				
	扶養手当																																				
	①支給額合計		円	円	円																																
	②何日間分		日間	日間	日間																																
③日額		円	円	円																																	
給与支給日		月 日支給	月 日支給	月 日支給																																	
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	()																						

記入例

【被保険者の方へ】

①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。

【事業主の方へ】

②労務に服することができてなかった期間の勤務状況について、出勤した場合○で、有給の場合△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

③②の期間、賃金の支給有無について回答してください。また、口はいに☑した場合、「支給した(する)賃金内訳」を記入してください。

④「支給した(する)賃金内訳」がある場合、必ず①②③を算出してください。【①支給額合計÷②何日間分=③日額】

「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

1 2 3 4

療養担当の医師記入用

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名																																
	傷病名	(1)																															
		(2)																															
		(3)																															
	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 年 月 日	(2) 令和 年 月 日	(3) 令和 年 月 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	発病または負傷の原因																													
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間																															
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費()	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																									
				<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																									
診療実日数	診療日を ○で囲んで 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	人工臓器等の種類		<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節																							
				年	月	日	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																									
				年	月	日	<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 年 月 日																															
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名		電話 ()																															

記入例

1	患者氏名	協会 太郎																																
2	傷病名	(1)	鎖骨骨折																															
		(2)																																
		(3)																																
3	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成 26 年 4 月 22 日																																
		(2) 平成 年 月 日																																
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日	<input type="checkbox"/> 発病	<input checked="" type="checkbox"/> 負傷	左肩部強打																													
		平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで	21 日間																															
5	診療実日数	診療日を	4 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
		○で囲んで	5 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
		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
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日																																
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。																																		
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		骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。																																
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	人工臓器等の種類		<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節																								
				年	月	日	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																										
				年	月	日	<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。		平成 26 年 5 月 22 日																																
医療機関の所在地		東京都品川区△△ 1-1																																
医療機関の名称		○総合病院																																
医師の氏名		保険 五郎 電話 03 (△△△△)△△△△																																

【被保険者の方へ】

1 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。