

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称		
	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー			電話番号 (日中の連絡先)	()

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()		
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号			
	口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人				
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。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)					

委任状	口座名義区分が 代理人の場合に ご記入ください	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所
		氏名	被保険者との関係()

申請内容	傷病名	1)		発病又は 負傷年月日	平・令 年 月 日
		2)			平・令 年 月 日
		3)			平・令 年 月 日
	発病時の状況 又はケガの原因 (ケガの場合は「負傷届」 の添付が必要となります)	注: 仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。			
	仕事の内容(具体的に)	退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。			
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から	日間	令和 年 月 日 まで	
	上記期間に報酬を受けましたか。または、 今後受けられますか。	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	令和 年 月 日 から	報酬額 円
	障害厚生年金又は障害 手当金を受給していますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「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	傷病名	年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
年金の名称	基礎年金番号	年金額	円		
《退職した方》 老齢又は退職を事由と する公的年金を受給して いますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場 合、 年金の名称や基礎年金番 号等	基礎年金番号	年金額 円	
労災保険から休業補償 給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場 合、 請求先の労働基準監督署	労働基準監督署		

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

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士記載欄 氏名等

事業主が証明するところ

被保険者氏名											
労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。			
	令和	年	月	日	まで	日間	日	日	□はい □いいえ		
被保険者の	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()				賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日
上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(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	
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 ()											

事業主のみなさまへ

労務に服さなかった期間にかかる「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
 また、賃金の支給状況がわかるよう、各種手当の内訳や欠勤控除計算方法などを追記してください。
 なお、審査状況により、追加の書類をお願いする場合がございます。

医師等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 (初診日)	1) 平・令	年	月	日
	2)							2) 平・令	年	月	日
	3)							3) 平・令	年	月	日
発病又は 負傷年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因					
労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日	から	診療実日数	日 (労務不能期間中の診療日数)				
	令和	年	月	日	まで						日間
うち入院期間	令和	年	月	日	から	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医				
主たる症状及び経過 (できる限り詳しくご記入ください。)											
この期間の 傷病状態											
この期間の 治療状況											
前月の症状 との比較											
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 (必ずご記入ください。)											
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき 記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 ()											
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日	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 ()										

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。