

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	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()	
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

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()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印	印	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 (詳しくご記入ください)	注: 工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保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)	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	申請期間を訂正した場合は、申請者の 訂正印を必ず押印ください。		
	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	平・令	年	月	日	から	報酬額	平・令	年	月	日	まで	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	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

年金の名称

基礎年金番号

年金額

円

雇用保険について

1. 失業給付を受給していない

2. 受給期間延長中

3. 失業給付を受給している

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。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

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	平・令 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。			
		平・令 年 月 日 まで 日間	日	日	□はい □いいえ			
	被保険者の	給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他()	賃金計算	締日	日	支払日	□当月 □翌月
	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		
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 印 電話番号 ()								

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」のコピーを必ず添付してください。
 なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される等の場合は添付書類が必要となります。

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	□発病 □負傷	発病又は負傷の原因				
	労務不能と認められた期間	平・令 年 月 日 から	日間	診療実日数				
		平・令 年 月 日 まで						
	うち入院期間	平・令 年 月 日 から	日間	転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 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								
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				
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日				所在地				
平・令 年 月 日				医療機関名				
人工臓器等の種類				医師氏名 印				
□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭				電話番号 ()				
□ 心臓ペースメーカー □ 人工透析								
□ その他 ()								