

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	健康保険の	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 <input checked="" type="checkbox"/>)		

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
	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	被保険者(申請者)・代理人	

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	被保険者との関係()		

申請内容	傷病名	1)	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)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間		
	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	令和	年	月	日	まで	報酬額
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」 年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								
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3枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」、3枚目の「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(健康保険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。

公金受取口座を利用する場合は、下記にをご記入ください。(利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。)

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。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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(円) <input type="checkbox"/> 時間給(円) <input type="checkbox"/> 歩合給 <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	
添付した賃金台帳の報酬額(欠勤控除)計算方法 ※各報酬の計算式が同じ場合は、一行にまとめて記入可 ※賃金の全部又は一部を支給した(する場合、出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。	報酬(手当等)名称	支払対象期間			支給金額	当(翌)月払いの別
		年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	当月・翌月	
	計算式					
		年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	当月・翌月	
	計算式					
		年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	当月・翌月	
	計算式					
		年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	当月・翌月	
	計算式					
		年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	当月・翌月	
計算式						
直近に支給した通勤手当について	種別	支払対象期間			金額	払い戻し
	電車・バス	年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	未・済	
	電車・バス	年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	未・済	
	その他()	年 月 日 ~ 年 月 日	ケ月日間	円	未・済	
※精算・払い戻しを行った場合は、精算・払戻証明書等を添付してください。	支給がない場合その理由					
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	担当者名 電話番号 ()					
事業所名称						
事業主氏名						

印

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	日間																			
	令和	年	月	日	まで																				
うち入院 期間	令和	年	月	日	から	日間	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																	
	令和	年	月	日	まで																				
診療実日数 (入院期間 を含む)	日	診療日及び 入院していた 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																					
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															
<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 ()										電話番号 ()												印			