

健康保険 傷病手当金支給申請書（第 回）

①から⑪まですべて記入（⑫は該当する方のみ）

① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	③ 昭和・平成 年 月 日	
④ 被保険者 (申請者)の 住所	(〒 -)		TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
⑤ 事業所の 名称			⑥ あなたの仕事の内容 (具体的に)	
⑦ 傷病名			⑧ 発病または 負傷年月日	平成 年 月 日頃 令和
⑨ 療養の為休んだ期間の 傷病の状態を詳しく	症 状 : 医 師 から の 指 示 等			
⑩ 疾病または負傷の療養を するため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 令和 年 月 日	請求する期間		から 日 まで 日間
⑪ 傷病の原因について	☐ 私傷病 ☐ 第三者行為 ☐ 交通事故 *第三者行為、交通事故による傷病については申請前に求償課にご連絡ください。 ☐ 労災 ⇒ 労災を受給中または請求中の場合には、支給元(請求先)の 労働基準監督署を記入ください。 労働基準監督署			
⑫ 「障害厚生年金」 または「障害手当金」 について	☐ 受給中 ☐ 請求中 (年 月頃申請) ☐ 未請求		*「障害厚生年金」「障害手当金」を受給した場合は「年金証書(写)」と 「年金振込通知書(写)」等を添付してください。関連の疾病で受給されている 場合、傷病手当金との調整対象になります。	
⑬ 上記⑫で「受給中」「請求中」とされた 場合の受給の要因となった傷病名及び 基礎年金番号・年金額について	傷 病 名	基礎年金番号		年金額 (年額) 円
⑭ 上記⑩の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。(資格喪失者の み)	☐ はい ☐ いいえ		⑮ 「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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 【報酬額】 円
⑯ 老 年 金 に ついて (資 格 喪失者のみ)	☐ 受給中 ☐ 請求中 ☐ 未請求		⑰ 左記⑯で「受給中」「請求 中」とされた場合の基礎年 金番号・年金額について	基礎年金番号 年金額 (年額) 円
⑱ 振込希望口座	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所 (金融機関コード) (店番号) 預金種別 口座番号 フリガナ ☐ 普通 ☐ 当座 口座名義		令和 年 月 日提出 受付日付印 (健康保険組合使用印) 被保険者(本人)口座のみ	
◎ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、 下記の委任状へ記入してください。				
⑲ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ ☐ にチェックを入れてください。 ☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (⑱の記入は不要です) ☐ その他の受領代理人 被保険者 住所 (申請者) 氏名 受取代理人 住所 (〒 -) TEL () 代理人 氏名 フリガナ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
社会保険労務士の 提出代行者の印				

⑬振込先口座を記入
(訂正の際は訂正印を押印してください)

傷病手当金支給申請書

(2枚一組での申請になります。)

◎第1回目の申請については、その期間にかかる 出勤簿(写)、及び 賃金台帳(写)を添付してください。[2回目以降であっても、一部でも報酬の支払があるとき、また申請期間が継続していない場合は添付してください。]

2枚目

事業主が証明するところ	②① 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	●給与締日と支払日を記入してください 締日 () 日 支払日 () 日	
	②① 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	☐ はい → (下記に内訳を記入してください。) ☐ いいえ		〔備考〕該当するものを○で囲んでください	
	報酬の名称	支給対象期間	支給額	●復職状況: 未復職 / 復職 () 月 () 日	
		月 日 ~ 月 日	円	●社会保険料: 被保険者より徴収 / 事業主が負担	
		月 日 ~ 月 日	円	●通勤手当: 1か月 / 3か月 / 6か月 / 実費 / なし () 円	
		月 日 ~ 月 日	円		
	※支給・控除額の算出式			※申請期間に係る報酬(金銭)手当(金)に対し日割算出式を記入	
	②② 上記のとおり相違ないことを証明します	証明日 令和 年 月 日	記入しないでください (事業主証明欄です)		
	所在地				
	事業主氏名	TEL () () ()			

②③ 病院で証明

療養を担当した医師が意見を記入するところ	②③ 患者氏名		②④ 発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	☐ 発病 ☐ 負傷
	②⑤ 傷病名 ※(1)から労務不能と認めた主たる病名を記入してください。	(1) ----- (2) ----- (3) -----	②⑥ 療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)	(1) 平成・令和 年 月 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日	
	②⑦ 労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	②⑧ 発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	
	②⑨ ②⑦の期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	②⑩ 療養費 ☐ 公費 () ☐ その他 () ☐ 繰越 ☐ 中止 ☐ 転医		
	②⑩ 診療実日数 (入院と通院の合計)		22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	②⑪ ・②⑦の期間中における	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				
	②⑫ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他 ()
	②⑬ 上記のとおり相違ありません。				
	証明日 令和 年 月 日 * ②⑦の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。				
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名					
TEL () () ()					

*療養を担当した医師の方へのお願い

- ・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、正しい内容と医師の氏名(サイン)をご記入ください。
- ・②⑩は詳しく記入してください。
- ・②⑬医療機関の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただいております。