

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

第 回 目

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 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・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	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。	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)	氏名
		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 (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		
	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 平・令 年 月 日 まで	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 基礎年金番号	年金の 種類 □ 障害厚生年金 □ 障害手当金 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	

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。

送付先	この給付金の支払通知書は		(〒 ー )
	<input type="checkbox"/>	1. 事業所に 2. 自宅に 3. その他に	送付してほしい その他の 住所

受付日付印

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	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
		平・令	年	月	日	まで						日間		
	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			
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

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写し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場合は賃金台帳等を添付してください。

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	平・令	年	月	日	から	診療実日数	日 (労務不能期間中の診療日数)							
		平・令	年	月	日	まで							日間		
	うち入院期間	平・令	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							
	平・令	年	月	日	まで	日間									
	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
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						所在地									
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 ( )						医療機関名									
						医師氏名									
						電話番号						(	)		

\* 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。