

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			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭・平・令	年	月 日
	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。	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)	令和	年	月	日	から	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。	
		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
				令和	年	月	日	まで		
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				
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。

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

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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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					
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	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで 日間	診療実日数 日 (労務不能期間中の診療日数)							
	うち入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで 日間	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											
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 ()											
所在地											
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、訂正印を押印してください。