

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。		
	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✓)		

【当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合】下記振込先をご記入ください。

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

※原則、事業所以外の代理人への給付金支払いは行っていません。

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)		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	日間		
		平・令	年	月	日	まで	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	円
	平・令	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」 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			

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 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											印	電話番号	()

事業主のみなさまへ

「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

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															
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
人工臓器等の種類						医療機関名									
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭						医師氏名						印			
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析						電話番号						()
<input type="checkbox"/> その他()															