

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	被保険者等	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	〒 ー 都・道 府・県						
	事業所名称	電話番号☎ (日中の連絡先)			受領委任 (チェック必須)	☐ 本申請書の提出を事業主に依頼します。 ☐ 在職中の給付金は事業主経由で受領します。		

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は下記振込先をご記入ください。

退 職 者 記 入 欄	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()
	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	

同 意 書	私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、東京紙商健康保険組合（以下「組合」とする）が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所および疾病・負傷に関わった団体等に対して組合が照会を行い、回答・提供を受け、また情報提供をすることについて同意いたします。また、上記照会を行うにあたり、組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。後日、本件について組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをいたしません。なお、本同意の写しも有効といたします。			
	同意日：令和 年 月 日		署名・捺印	

申 請 内 容	傷 病 名	別傷病による申請を行う時は、別途申請書を作成し療養担当者の証明を受けてください。			発病又は 負傷年月日	平・令	年	月	日
	発病時の状況 又はケガの原因 (いつ、どこで、なにを、どうしているときに、どこを、どうしたというように詳しくご記入ください)	注：仕事中、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	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	令和 年 月 日 から 令和 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・請求の要因となった傷病名等をご記入ください(※年金証書及び直近の年金額のわかるものの写しを添付してください)	傷病名	年金の種類	☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金			
	「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」の場合ご記入ください(※直近の年金額のわかるものの写しを添付してください)	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																																	
労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	給与形態	☐ 月給 ☐ 日給	給与(日締 日払) 当月・翌月																									
	令和	年	月	日	まで		日間		☐ 時間給(円/h) ☐ 歩合給 ☐ その他()	控除(日締 日払) 当月・翌月																							
勤務状況	出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入してください																																
令和	年	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
令和	年	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
令和	年	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
区分	期間	単価	/ ~ /					/ ~ /					/ ~ /					欠勤控除計算方法を記入してください															
	うえの期間の支給額					うえの期間の支給額					うえの期間の支給額																						
基本給																																	
手当																																	
手当																																	
手当																																	
通勤費(前払含む)	有・無	年	月	日	～	年	月	日	分として()円	清算済の場合	払戻日	月	日	払戻額	円																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																担当者氏名																	
事業所所在地 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

(※訂正した箇所には二重線を引き訂正印を押して下さい)

患者氏名																															
傷病名	※別傷病を同時に記入することはできません。労務不能となった傷病毎に意見書の作成が必要です																				療養の給付開始日(初診日)	平・令	年	月	日						
発病又は負傷年月日	平・令	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病又は負傷の原因																									
労務不能と認めた期間	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	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 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																															
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 ☐ 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()																医療機関名															
																医師氏名															
																電話番号 ()															