

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)	印	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)	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: 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)	平・令 年 月 日 から	日間	平・令 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	平・令 年 月 日 から	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	年金の 種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 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、 年金の名称や基礎年金番 号等	年金の名称	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。

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。)

受付日付印

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	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。					
		平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	□はい □いいえ				
	被保険者の	給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他()				賃金計算	締日	日	支払日	□当月 □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	□発病 □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	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 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						所在地									
平・令						医療機関名									
年						医師氏名						印			
月						電話番号						()			
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 ()															

* 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。