

## 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		
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	( )		
				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	
	<input type="checkbox"/> 口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者・申請者

同意書	<p>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。</p> <p>同意日：令和 年 月 日 署名・捺印</p>	印
-----	---	---

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	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	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	年	月	日	から	報酬額	円
	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」 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。

受付日付印

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	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	<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										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													
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													
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日						記載内容について相違ありません。							
平・令						令和							
年						年							
月						月							
日						日							
人工臓器等の種類						所在地							
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭						医療機関名							
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析						医師氏名							
<input type="checkbox"/> その他 ( )						印							
						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。