

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	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ) (押印不要)			
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 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	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)				

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。 氏名	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	事業所住所 事業所名				

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
				平・令	年	月	日	まで	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	☐ 障害厚生年金 ☐ 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。

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・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

受付日付印

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	☐ 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 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	☐ 発病 ☐ 負傷	発病又は 負傷の原因				
労務不能と 認めた期間	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					
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 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 ()				

* 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。