

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

被保険者記入用

◎ 雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			③ 被保険者の資格を取得した年月日		年 月 日	
①	②							
④ 被保険者の氏名	(フリガナ)			⑤ 被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日
⑥ 請求者の氏名	(フリガナ)			⑦ あなたのしていた仕事の内容	(事業所名)			
⑧ 被保険者(請求者)の住所	郵便番号		(フリガナ)					
				電話				
⑨ 傷病名	1)				初診日	1) 年 月 日		
	2)					2) 年 月 日		
	3)					3) 年 月 日		
⑩ 発病時の状況を詳しく(いつ・どこで・どうした)							⑪ 第三者行為によるものですか	
							0: いいえ 1: はい	
⑫ 療養のため休んだ期間(申請期間)		年 月 日から 年 月 日まで 日間						
⑬ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。		1: はい 2: 請求中 3: いいえ		「はい」の場合 年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)をご用意ください ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および 障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー				
⑬-①「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名 及び基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)		⑭ 傷病名						
		⑮ 基礎年金番号		⑯ 年金コード				
		⑰ 支給開始年月日		年 月 日		⑱ 年金額		円
⑲ (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。		1: はい 2: 請求中 3: いいえ		「はい」の場合 年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)をご用意ください ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および 老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー				
⑲-①「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、 基礎年金番号のみをご記入ください。)		⑳ 基礎年金番号				㉑ 年金コード		
		㉒ 支給開始年月日		年 月 日		㉓ 年金額		円
㉔ 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。		1: はい 2: 労災請求中 3: いいえ		「はい」の場合 休業補償給付支給決定通知書のコピーをご用意ください				
㉔-①「はい」または「労災請求中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署						

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入)		注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 また、受取代理人を指定する場合は、 公金受取口座を利用できません。	
	㉕ 金融機関名称	銀行(金庫)信組 農協漁協 その他:()		本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	㉖ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: 通知	㉗ 口座番号	
	㉘ 口座名義	※必ず被保険者(請求者)の名義であること カタカナで ご記入ください		

年 月 日提出

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第 回）

事業主記入用

○賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください

被保険者氏名																				
事業主が証明するところ	㊟ 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、週休は週で、欠勤は / でそれぞれ表示してください）																	出勤	有給	
	年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	㊟		支給期間	単 価		月 日～		月 日～		月 日～		給与の種類								
			区 分			月 日		月 日		月 日		○内をチェックしてください								
			基 本 給									月 給								
			家 族 手 当									日 給								
			地 域 手 当									日 給								
			通 勤 手 当									日 給								
			手 当									日 給								
												月 給								
												時 間 給								
												歩 合 給								
		計									そ の 他									
		賃金計算	締日		日		支払日		日											
上記のとおり相違ないことを証明します										事業所担当者氏名										
										最終確認者氏名										
年 月 日 事業所所在地																				
事業所名称																				
事業主氏名																				
										電話										

※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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

療 養 担 当 者 が 意 見 を 書 く と こ ろ	患者氏名																																																												
	③① 傷病名	(1)		③② 療養の給付 開始年月日 (初診日)		(1)		年		月		日																																																	
		(2)				(2)		年		月		日																																																	
		(3)				(3)		年		月		日																																																	
	③③ 発病または 負傷の年月日	年		月		日		③⑤ 発病または 負傷の原因																																																					
	③④ 労務不能と 認めた期間	年		月		日から		年		月		日まで		日間																																															
	③⑥ ③④のうち 入院期間	年		月		日から		年		月		日まで		日間 入院		療養費用の別		健保		自費		公費 ()		その他																																					
		年		月		日から		年		月		日まで		日間 入院		転		帰		治ゆ		繰越		中止		転医																																			
	③⑦ 診療実日数	日	診療日を ○で囲んで ください	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																																																								
				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																																																								
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																																																									
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																																																									
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																																																									
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																																																									
③⑧ ③④の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく)		手術年月日		年		月		日																																																					
		通院年月日		年		月		日																																																					
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																																													
③⑨ 人工透析を実施 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日		年																														月		日																										
	人工臓器等 の 種 類	ア、人工肛門 オ、人工透析	イ、人工関節 カ、その他 ()	ウ、人工骨頭		エ、心臓ペースメーカー																																																							
上記のとおり相違ありません																																																													
年																																	月		日		医療機関所在地																								
医療機関の名称																																																													
医師の氏名																																																													
電話																																																													

※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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。