

# 健康保険 傷病手当金支給申請書

(被保険者記入用)

確認欄	この申請について、右記AまたはBの要件を確認して□に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
		<input type="checkbox"/>	B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)			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✓)		
	住所	〒						
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	( )		
	仕事の内容	具体的に			資格取得年月日	昭和・平成 令和	年	月

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード						
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座					

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	平成 令和	年	月	日	
		2)			平成 令和	年	月	日	
		3)			平成 令和	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。							
	申請時の病状を詳しく								
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	平成 令和 平成 令和	年	月	日	から	年	月	日
	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							
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	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			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

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。

添付書類: 第1回目の申請の場合は、「給付に関する同意書」を添付してください。

受付日付印

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。)

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	平成 令和	年	月	日	から	出勤 日	有給 日	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
		平成 令和	年	月	日	まで						日間		
	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											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と出勤簿等を添付してください。  
 賃金が満額支給ではないものについては計算式を賃金台帳の空いているところまたは別紙にてご説明ください。

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)	平成 令和	年	月	日		
		2)							2)	平成 令和	年	月	日		
		3)							3)	平成 令和	年	月	日		
	発病又は 負傷年月日	平成 令和	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 認めた期間	平成 令和	年	月	日	から	診療実日数	日 (労務不能期間中の診療日数)							
		平成 令和	年	月	日	まで							日間		
	うち入院期間	平成 令和	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							
		平成 令和	年	月	日	まで	日間	労務可能 見込み	平成 令和	年	月	頃			
	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 平成 令和 年 月 日						所在地									
人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )						医療機関名									
						医師氏名									
						電話番号 ( )									