

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回目)

(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	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	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( )			
	支店名	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		

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	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 (ケガの場合は、どこで、何を しているときに、どうなってケガをし たのか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)	令和	年	月	日	から	日間		
		令和	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	令和	年	月	日	から	報酬額
			令和	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			
労災保険から休業補償を 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						

※ 必ず記入例をご確認ください。

※ 傷病の原因が第三者行為以外の負傷(ケガ)による場合、「負傷原因届」のご提出をお願いすることがあります。

受付日付印

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。

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					給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <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
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	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						
	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	報酬の種類	報酬の支払対象期間				支払額	支払額について(欠勤分控除・その他の場合は給与の計算式欄または添付の賃金台帳に記入)							
			年 月 日 ~	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他									
			年 月 日 ~	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他									
通勤手当(交通費)		年 月 日 ~	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他										
給与の計算式(欠勤控除等)															
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 ( )															

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」の写しを添付してください。  
 また、欠勤控除されている場合はその算出式を記入欄または賃金台帳へご記入いただきますようお願いいたします。

事業主のみなさまへ

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	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	診療実日数	日 (労務不能期間中の診療日数)									
	うち入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医									
	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															
所在地															
医療機関名															
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 ( )															
医師氏名															
電話番号 ( )															