

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者証の 記号 番号	事業所 の名称	・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 ・マイナンバーを記載した場合は、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。			
	氏名 (フリガナ)	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所 (〒 -)	資格取得日		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			都(道) 府(県)		

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	3 あなたの仕事の具体的な内容 (退職している場合は退職前の仕事の内容)	
	4 該当の傷病は病気(疾病)ですか、 ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 病気	〔(発病の原因)〕		<input type="checkbox"/> ケガ	〔負傷原因届を併せて ご提出ください〕
	5 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				
	6 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を 受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい	→	令和 年 月 日 から		
		<input type="checkbox"/> いいえ	→	令和 年 月 日 まで	円	

確認事項	1 「障害厚生年金」「障害手当金」もしくは「老齢・退職 を事由とする公的年金」を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	→	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金 3. 老齢・退職を事由とする公的年金	
	1 - ① 「はい」または「請求中」の場合、詳細をご記入ください。	傷病名	※ 老齢・退職を事由とする公的年金は「傷病名」の記入は不要。		
	※ 請求中の場合は「年金コード」「支給開始」「年金額」の記入は不要	基礎年金番号	年金コード	支給開始	年金額
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円	
2 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	→	支給元 (請求先)	労働基準監督署	
3 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 (口座をお持ちの方はご協力ください)	金融機関コード		支店コード	
		<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行以外を指定	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	← 被保険者（申請者）以外の 口座へ振込希望の場合のみ 左記「受取代理人の欄」へ ご記入ください。
	氏名	住所		上記住所欄と同じ	
	代理人 (口座名義人)	氏名 (フリガナ)	住所 (〒 -) TEL ()		

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・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2
事業主・療養担当者記入用

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。		出勤	有給																																	
	令和	年	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	計	日	日
	令和	年	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	計	日	日
	令和	年	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	計	日	日
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<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																	
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。		職場復帰しましたか？		<input type="checkbox"/> 欠勤中(証明日現在)		<input type="checkbox"/> 月		日から出勤		<input type="checkbox"/> 月		日付で退職		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																						
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月	日	日分	月	日	日分	月	日	日分																									
		区分	支給額		支給額		支給額																														
		基本給																																			
通勤手当																																					
手当																																					
手当																																					
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和		年		月		日		担当者氏名																											
事業所所在地												担当者氏名																									
事業所名称												電話		()																							
事業主氏名												電話		()																							

療養担当者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) 令和	年	月	日	療養費用の別		<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 自費																							
			(2)			(2) 令和	年	月	日			<input type="checkbox"/> 公費	()																							
			(3)			(3) 令和	年	月	日			<input type="checkbox"/> その他																								
	労務不能と認められた期間		令和	年	月	日から	発病または負傷の年月日		令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病	転帰		<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																			
			令和	年	月	日まで	日間						<input type="checkbox"/> 負傷			<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																			
	うち入院期間		令和	年	月	日から	発病または負傷の原因																													
			令和	年	月	日まで	日間	入院																												
	診療実日数(入院期間含む)		診療日を		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
			○で囲んで		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
		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	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日		令和	年	月	日																													
		退院年月日		令和	年	月	日																													
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な所見		就労可能見込みについて		<input type="checkbox"/> 月		日から就労																														
				<input type="checkbox"/> 月		日頃から																														
						就労可能の見込み																														
				<input type="checkbox"/> 現時点では不明																																
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		人工透析の実施または人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	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()																							
上記のとおり相違ありません。		令和		年		月		日																												
医療機関の所在地												電話		()																						
医療機関の名称												電話		()																						
医師の氏名												電話		()																						