

健康保険 傷病手当金 支給申請書 ( 回目 ) (被保険者記入用) ※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏名	Ⓜ		生年月日	昭・平 年 月 日
	住所 電話番号	〒	—	電話番号(日中の連絡先)	( )

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	傷病名		発病又は 負傷年月日	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: 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 令和 年 月 日 まで	日間		
	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 令和 年 月 日 まで	報酬額 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	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 月 から受給 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	
	《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	年金の名称	年 月 から受給 年金額 円
《退職した方》 雇用保険の基本手当を受けていますか。	受けている		延長手続中	受けていない	

委任状	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
	氏名		
	代理人 (事業主)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。

※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

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( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)		

※組合使用欄	資格	取得	年 月 日	対象期間	自	年 月 日	通算 支給 期間	自	年 月 日	
	喪失	年 月 日	至		年 月 日	至		年 月 日		
	支給回数	回数	回	給付日額	円	全部 一部 不支給	自	年 月 日	日額	円
		自	年 月 日		円	全部 一部 不支給	自	年 月 日	日額	円
		至	年 月 日	日間	円	全部 一部 不支給	自	年 月 日	日額	円
		自	年 月 日		円	全部 一部 不支給	自	年 月 日	日額	円
		至	年 月 日	日間	円	全部 一部 不支給	自	年 月 日	日額	円
		計			円	全部 一部 不支給	自	年 月 日	日額	円
	備考									

受付日付印

注: この記入申請書は2枚の1枚内内容をト訂正する。2枚目は、「二重線主/抹消し等記入内容」も必ず記入してください。氏名(フルネーム)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							被保険者の業務の種類	(職種) (業務内容)	
	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	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。					
					□はい □いいえ					
	給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他( )						給与の計算期間・支払日	日から	日まで
		通勤手当	金 銭 ・ 定 期 券 ・ な し						当月・翌月	日支払
			1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他							
	全部又は一部支給した場合、又は支給する場合、支給期間、内容、金額などを詳しく	支給期間及び日数内訳	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	備考	
			出勤 日 欠勤 日 有給 日 公休 日	出勤 日 欠勤 日 有給 日 公休 日	出勤 日 欠勤 日 有給 日 公休 日	出勤 日 欠勤 日 有給 日 公休 日	出勤 日 欠勤 日 有給 日 公休 日	出勤 日 欠勤 日 有給 日 公休 日		
		基本給	円			円			円	
		手当	円			円			円	
手当	円			円			円			
計	円			円			円			
欠勤した時の控除方法、計算基礎及び控除金額								=	円	
欠勤にかかわらず月単位で支給する報酬及び金額		手当 円		現在までも、又将来も支給しない場合は、その旨						
		手当 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 ( )		
事業主の証明、添付書類に関して事業所担当者、社会保険労務士などの連絡先										
電話 ( )								氏名		

事業主のみなさまへ

- ・ 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、2回目以降の申請でも、賃金台帳等の添付が必要となる場合があります。
- ・ 事業所名称・事業主氏名等を自署の記入又はゴム印の場合は会社印は不要です。

医師等が意見を記入するところ	患者氏名							
	傷病名						療養の給付開始年月日(初診日)	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	いつ頃から労務可能か	1. 年 月 日頃 2. 今のところ不明		
	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							
	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。			
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日				所在地				
平・令 年 月 日				医療機関名				
人工臓器等の種類				医師氏名				
□人工肛門 □人工関節 □人工骨頭				電話番号 ( )				
□心臓ペースメーカー □人工透析								
□その他( )								

\* 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をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。