

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(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・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒				都・道 府・県		
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()		
				提出委任	☐ 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・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。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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
			氏名・印	印			
		代理人 (口座名義人)	住所				
			氏名・印	印	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 (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)	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日まで	日間	申請期間を訂正した場合は、申請者の 訂正印を必ず押印ください。
	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	平・令	年	月	日	から	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 名と基礎年金番号等	傷病名	年金の 種類	☐ 障害厚生年金 ☐ 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							

注: 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。

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

印

受付日付印

事業主が証明するところ

被保険者氏名											
労務に服さな った期間	平・令	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。			
	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	☐ はい ☐ いいえ		
被保険者の	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()				賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 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											
印 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等を添付してください。

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・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	☐ 発病 ☐ 負傷	発病又は 負傷の原因					
労務不能と 認めた期間	平・令	年	月	日	から	診療実日数	日 (労務不能期間中の診療日数)				
	平・令	年	月	日	まで						
うち入院期間	平・令	年	月	日	から	転 帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医				
	平・令	年	月	日	まで						
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。					
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日						令和 年 月 日					
平・令 年 月 日						所在地					
人工臓器等の種類						医療機関名					
☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭						医師氏名					
☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析						印					
☐ その他 ()						電話番号 ()					