健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
住所	（〒　　ー　　）	電話番号（日中の連絡先）	（　　）
同意欄	※この申請に関し不明な点がある場合、健保組合から関係諸機関に照会することがあります。 本件について、貴組合に対して一切の異議申し立てをしないことに同意したうえで提出します。　令和　年　月　日 （署名）		

申請内容

1 傷病名		2 発病または負傷年月日	令和　年　月　日
3 第1回目の方は発病の状況または負傷の原因を詳しく。第2回目以降の方は傷病の状態をご記入ください。			
4 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		
5 仕事の内容（具体的に）退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容をご記入ください。			

確認事項

1 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。	はい いいえ	1 - ①「はい」の場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで 報酬額　円
2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	はい 請求中 いいえ	2 - ①「はい」または「請求中」の場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	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 受給中の場合は、年金決定通知書の写しを添付してください。
3 （健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。）老齢また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	3 - ①「はい」または「請求中」の場合、その名称や基礎年金番号等をご記入ください。	名称 基礎年金番号　年金額　円 受給中の場合は、年金決定通知書の写しを添付してください。
4 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	はい 労災請求中 いいえ	4 - ①「はい」または「労災請求中」の場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署
5 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

□ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	銀行 金庫　本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他
口座番号		口座名義（カタカナ）	

「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

事業主・療養担当者記入用

事業主が証明するところ

被保険者氏名		社員区分	正社員・正社員専門職・契約社員・正社員販売職・契約販売職・パートアルバイト・再雇用

勤務状況 【出勤は〇】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？	はい いいえ	給与の種類	月給 時間給	賃金計算	締日	日	支払日	当月 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。

支給した(する)賃金内訳 期間 / 区分	単価	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	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。
基本給					
通勤手当					
計					

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

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		発病または負傷の年月日	令和 年 月 日 発病・負傷
傷病名	(1) (2)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 平成・令和 年 月 日 (2) 平成・令和 年 月 日
労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	発病または負傷の原因	
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	療養費用の別	健保 ・ 自費 ・ 公費( ) ・ その他
		転帰	治癒 ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医

診療実日数 日	診療日を〇で囲んでください。	
	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
	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
	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

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

医療機関の名称

医師の氏名 電話 ( )