

健康保険 傷病手当金支給申請書(第 回)

① 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名
被保険者(申請者)の氏名及び生年月日	(カナ)	④住所	〒 () TEL ()
⑥傷病名	1) 年 月 日	⑦発病または負傷年月日	2) 年 月 日
⑨第三者の行為が原因である・ない	⑨で「ある」と答えた場合は第三者の	⑩氏名	⑪住所
⑫療養のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日から 年 月 日まで	⑬休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受け(ない) ⑭「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額
⑮「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給しているか	障害厚生年金 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	傷病名()	
⑯「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金・手当金額を記入してください。	基礎年金番号(障害厚生年金)	年金コード(障害厚生年金)	支給開始年月日 年金・手当金額
⑰資格喪失後、継続して傷病手当金を申請する場合、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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		
⑱労災保険から休業(補償)給付を受給している期間の傷病手当金の請求ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	請求先: ()	労働基準監督署
⑳介護保険法の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
㉑備考	※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認のための書類が必要です。)		

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(カナ)	(カナ)	普通	()	(カナ)
			その他()		

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	委任者との関係 ()
	令和 年 月 日	住所
	住所	代理人 電話 ()
	氏名 ㊞	氏名 ㊞

- ◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)
- 初回申請時は、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し
 - ⑮⑰の給付を受給している方は、「年金証書及び裁定通知書の写し」及び「直近の(年金)振込通知書等の写し」
 - ⑱の給付を受給している方は、「休業(補償)給付支給決定通知書の写し」

労務に服できなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	ただし 日間	は出勤 有給	左の期間に報酬を支給しました(します)か	はい・いいえ	職場復帰しましたか	ア. 欠勤中 イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日で退職
勤務状況	出勤は「○」 欠勤は「×」 有給は「有」 休日は「休」	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	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	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	報酬計算 締切日 支払日 当月翌月 日		
報酬支給形態	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について、具体的に記入してください					
上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)について、締切毎に記入してください。							
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当
支給額	月 日	円	円	円	円	円	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊞ 電話 ()							

患者氏名							
傷病名	1) 年 月 日	診療開始年月日	2) 年 月 日	発病または負傷の年月日	3) 年 月 日	1) 年 月 日	2) 年 月 日
労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	発病または負傷の原因				
上記の期間のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	転帰	治癒(月 日)	繰越	中止	転医
診療実日数	診療日を○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			
・ 労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等							
・ 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							
就労可能見込年月日 年 月 日							
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日	人工臓器等の種類				
		ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他()					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日							
医療機関等所在地 医療機関等名称 医師氏名 ㊞ 電話 ()							