

保険給付費支給決定並支払伺		起案	取得		
支給金額	金	円	支給期間	喪失	
				月額	千円
受給減額	期間	月 日～ 月 日	不支給期間	生年月日	
	金額	円		開始日	
			組合使用欄につき記入不要		
			事業所・申請者		

健康保険 傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す と す る 場 合 は 、 訂 正 箇 所 に 「 (4) 」 と 同 一 印 の 捺 印 を お 願 い し ま す 。 ま た 、 傷 病 手 当 金 支 給 可 否 の 決 定 に 際 し 、 健 康 保 険 法 に 基 づ い た 審 査 を 行 う た め 、 支 給 決 定 ま で に 時 間 が か か る 場 合 や 、 必 要 に 応 じ て そ の 他 の 書 類 を 提 出 し て い た だ く 場 合 が あ り ま す の で ご 了 承 願 い ま す 。	(1) 被保険者証 記号 1000	(2) 事業所名称 情報サービス株式会社	(3) 申請回数 初回	継続()回目	終回	
	(4) 被保険者 (申請者) 氏名と印 ケンボ イチロウ 健保 一郎	(5) 被保険者の生年月日 昭 平 55 年 5 月 5 日	(6) 仕事の具体的な内容 (退職後の期間を請求される方は、 職中の仕事内容) プログラマー	(7) 被保険者 (申請者) 住所 〒 460 - 0003 名古屋市中区錦2-2-13 TEL (052) 000 - 0000	(8) 申請期間 平成 29 年 1 月 14 日から [療養のため労務不能であった 期間の内、今回申請する期 間とその日数(公休日含む)] 平成 29 年 1 月 31日まで	(9) 上記(8)申請期間中に、報酬 は受けましたか、または今後 受けられますか 受けた
	(10) 傷病名とその傷病又は 負傷年月日 ① 鎖骨骨折 昭・平 29年 1月14日 ② 昭・平 年 月 日	(11) 上記(10)傷病名が負傷の 場合は記入してください ④ 負傷した 場所 長良川 負傷した 時間帯 休日	(12) 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。 はい ⑤ ⑥ 請求中	(13) 上記(12)で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因と なった(なる)傷病名及び金額を記入してください 上記(12)で「はい」または「請求中」と答えた場合は、年金裁定通知書及び申請期間中の年金振込通知書を添付してください(共に写し可)	(14) 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する 場合、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 ⑦ ⑧ 請求中	(15) 上記(14)で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給している (する)年金名及び金額を記入してください 上記(14)で「はい」または「請求中」と答えた場合は、年金裁定通知書及び申請期間中の年金振込通知書を添付してください(共に写し可)
	(16) 労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金申請ですか はい ⑨ ⑩ 請求中	上記(16)で「はい」または「請求中」と答えた場合は、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください	労働基準監督署	(9) 本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。 平成 29 年 2 月 15 日 被保険者氏名 健保 一郎		
	委任された者の 事業所所在地 名古屋市中村区1-1-1 事業所名称 情報サービス株式会社 代表者氏名及び印 代表取締役 情報 太郎					

振込希望の銀行名	被保険者が傷病手当金申請時に退職している場合、または被保険者死亡により遺族が申請する場合のみ、振込口座を記入してください。 在職中の方の申請は、所属事業所への振込となります。	口座名義
銀行	(フリガナ)	
金庫		
信組		

備考欄

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、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

【記入上のご注意】

申請書は、楷書で、指定の枠内に黒ボールペン又は黒インクで、すべてもれなく記入してください。

①被保険者の保険証記号・番号・氏名等を記入の上、捺印してください。
(保険証記号番号は健康保険証に記載されています。)

※被保険者死亡により遺族が申請する場合は、申請者(遺族)の氏名・住所を記入してください。
※生年月日は遺族が申請する場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。
※申請者が被保険者の被扶養者でない場合は、申請者と被保険者の続柄がわかる公的書類(戸籍謄本など)の添付が必要です。

②事務員、工員等と記入することなく、「経理担当事務」「プログラマー」のように具体的に記入してください。

③今回申請する期間(公休日を含む)と日数を記入してください。期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。たとえば1月16日から1月20日まで申請する場合は、5日間になります。

④傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、打ち身など)の場合は、別紙「負傷原因届」の添付が必要です。

⑤第三者行為であるときは、別紙「第三者行為による届出書」の提出が必要です。
交通事故であるときは、別紙「交通事故に関する書類一式」の提出が必要です。

※「第三者行為による届出書」、「交通事故に関する書類一式」の提出については、同じ傷病による申請の場合、初回申請時のみの提出になります。

⑥申請される傷病について障害厚生年金・障害手当金を受給中または請求中の場合は、年金裁定通知書及び申請期間中の年金振込通知書を添付してください。(ともに写し可)

⑦退職した方で、老齢退職年金の給付を受けている方は、年金裁定通知書及び申請期間中の年金振込通知書を添付してください。(ともに写し可)

⑧(16)欄で「はい」又は「請求中」に○を付けた方のみ、請求先の「労働基準監督署名」を記入してください。また、「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付し、提出してください。

⑨印は(4)のものと同じ印にて捺印してください。

【注意事項】

・傷病手当金は、療養のため仕事を休み給料を受けられない時に、生活費を保障するための給付金であり、給料の代わりになるものであることから、1ヶ月に1回を目安に申請されることをお勧めします。

・診療を担当している医師の指示に従わなかった等、正当な理由なしに療養の指示に従わない時は、傷病手当金の支給が一部制限されることがあります。

・傷病手当金支給申請書に、記入もれ等がありますと支給決定が遅れますのでご注意ください。
また、傷病手当金支給可否の決定に際し、健康保険法に基づいた審査を行うため、支給決定までに時間がかかる場合や、必要に応じてその他の書類を提出していただく場合がありますのでご了承ください。

①被保険者が記入するところ「(4)」欄を訂正する場合は、訂正箇所「(4)」欄の捺印をお願いします。
②被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
③被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
④被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
⑤被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
⑥被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
⑦被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
⑧被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
⑨被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。
⑩被保険者(申請者)の印と、同一印の捺印をお願いします。

●「初回申請」または「申請期間内に出勤日・有給日がある月」は、申請期間の『賃金台帳(写)』『出勤簿(写)』の添付が必要です。

◎「事業主が証明するところ」欄を訂正する場合は、訂正箇所事業所代表者印の捺印をお願いします。

(17) 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を記入	
勤務状況は	1月 公 公 公 公 ⑤ ⑥ 公 公 公 ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ 公 公 ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 公 公 ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
出勤・・・○ 有給・・・△	10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
欠勤・・・× 公休・・・公 と記入	1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
(18) 給料の種類	月給・日給月給・日給 (19)給料締切日 (20)給料支払日 種類 時間給・他() 末日締 当月 翌月 10日払 備考 通勤手当 10月に6ヶ月分(3万円)まとめて支給している為、1月分の賃金台帳には記載なし
(21) 上記(11)の給料の締切日に合せ	1ヶ月分の基本給 諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入) 基本給(1ヶ月 300,000円) 225,000円 家族手当(1ヶ月 10,000円) 10,000円 住宅手当(1ヶ月)円 通勤手当(1ヶ月 5,000円) 5,000円 役職手当(1ヶ月 10,000円) 7,500円 ※欠勤控除前の賃金を記入してください。まとめて複数月分を支給している場合は、1ヶ月分を記入してください。 ※実際に支給した金額を記入してください。※欠勤控除後の賃金 基本給 300,000 ÷ 20 × 5 = 75,000 役職手当 10,000 ÷ 20 × 5 = 2,500 通勤手当は欠勤控除なし 247,500円
平成 29 年 2 月 15 日	事業所所在地 名古屋市中村区1-1-1 事業所名称 情報サービス株式会社 代表者氏名及び印 代表取締役 情報 太郎 TEL(052) 000 - 0000

◎「療養を担当した医師が記入するところ」欄を訂正する場合は、訂正箇所事業所代表者印と同一印の捺印をお願いします。

患者氏名	健保 一郎		
(13) (22) 傷病名	(23) 発病又は負傷年月日	(24) 療養給付開始日(初診日)	(25) 発病または負傷の原因
① 鎖骨骨折	昭和 29 年 1 月 14 日	昭和 29 年 1 月 14 日	釣りで転倒
②	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日	
③	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日	
(26) 労務不能と認めた期間	(27) 診療実日数	(28) 労務可能見込年月日	
⑮ 平成 29 年 1 月 14 日から 平成 29 年 1 月 31 日まで 18 日間	⑯ 15 日	平成 29 年 3 月 15 日ごろ	
(29) 入院期間	(30) 入院費用の別	(31) (26)欄の最終診療日及び投薬日数	
平成 29 年 1 月 14 日から 平成 29 年 1 月 25 日まで 12 日間	健保・自費 公費・その他	29年 1月 30日 10 日分	
(32) 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	透析日又は装着日	昭和 年 月 日	種別
(33) (27)期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	鎖骨を骨折し、1/14日初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 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 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。		
上記のとおり相違ありません	⑯ 記入年月日 平成 29 年 2 月 5 日		
医療機関の所在地	名古屋市中区丸の内1-2-3		
医療機関の名称	愛知情報病院		
担当医師の氏名及び印	名古屋 一郎		
TEL(052) 000 - 0000			

事業主に証明を受けてください。
 ※退職後の期間を申請する場合は、事業主証明欄の記入は不要です。
 空欄で直接健康保険組合へ提出してください。

【事業主の方へ】

⑩被保険者が仕事を休んだ期間中の、賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日まで)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は×で表示してください。

例) 被保険者申請期間→1/14~1/31 給料計算締日→末日締め翌月10日払い

(17)欄の記載→1/1~1/31を記載してください。
 (21)欄の記載→2月支払分(1/1~1/31)を記載してください。

⑪賃金支給状況を記入してください。
 ※交通費等を、3ヶ月毎・6ヶ月毎のように、数ヶ月まとめて支給している報酬がある場合は、「(21)欄の1ヶ月分の諸手当の額」欄に、1ヶ月分金額の記入、及びまとめて支給した月の賃金台帳(写)を提出してください。

例) 被保険者申請期間→1/14~1/31 10月に通勤手当6ヶ月分(3万円)を支給している場合

(21)欄に、1ヶ月分の通勤手当(5,000円)を記入してください。また、10月と1月の賃金台帳(写し)及び1月の出勤簿(写し)を提出してください。

⑫支給状況が分かるように、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

●「初回申請」または「申請期間内に出勤日・有給日がある申請」は、『賃金台帳』『出勤簿』(写)の添付が必要です。

※申請者が会社役員の場合
 →報酬に関する役員会議事録(写)の添付が必要です。

【医師の方へ】

⑬複数の傷病名がある場合は、①から主たる病名を順次記入してください。

⑭(22)欄の傷病名について、その傷病の初診日を記入してください。

⑮治療期間ではなく療養のため就労出来なかったと認められる期間と日数を記入してください。また、証明日以前の期間を記入してください。

⑯診療された実日数を記入してください。

⑰症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。

⑱書類作成日が証明日となりますので必ず記入してください。また、記入は労務不能と認めた期間以降に記入してください。

⑲医療機関の印ではなく、療養担当医師の印を捺印してください。