

健康保険 傷病手当金支給申請書

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 ◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

(1) 被保険者証	(2) 事業所名称		(3) 申請回数				
	記号	番号	初回	継続()回目	終回		
(4) 被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)		(5) 被保険者の生年月日		昭和 年 月 日		
	※自署してください		(6) 仕事の具体的な内容 (退職後の期間を請求される方は、在職中の仕事内容)		平成 年 月 日		
(7) 被保険者 (申請者) 住所・電話番号	〒 -		(8) 申請期間		令和 年 月 日から		
	TEL() -		[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)]		令和 年 月 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 受けない		(10) 傷病名及び発病又は負傷年月日	① 平成 年 月 日		令和 年 月 日	
	今後受ける			② 平成 年 月 日		令和 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	負傷した場所	負傷した時間帯	通勤途中 勤務中 帰宅後	第三者の行為による負傷又は交通事故によるものですか		はい いいえ	
				休日 その他()		はい いいえ	
(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 いいえ 請求中		障害厚生年金 障害手当金		
(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					円		
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 いいえ 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					円		
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 いいえ 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			

この申請書は申請者本人が作成したものであり、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することを申請者本人が確認しています。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

※自署してください

委任された者の
事業所所在地
事業所名称
代表者氏名 _____

※被保険者が傷病手当金申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可)

公金受取口座 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。)

銀行等名称	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行 信金 信組 農協	本店 支店	1. 普通 2. 当座	

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。)

●「初回申請」または「申請期間を含む給与の締め日までに出勤日・有給日がある場合」は、その月の『賃金台帳(写し)』『出勤簿(写し)』の添付が必要です。

(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	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	
	出勤・・・○ 有給・・・△	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	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	月給・日給	(19) 給料締切日	(20) 給料支払日	備考
	時間給・他()	日給	当月 翌月	日給	日給	
(21) 上記(17)の労務に服できなかった期間中の給料支給状況	1ヵ月分の基本給		労務に服できなかった期間中の給料支給状況			基本給・諸手当の欠勤 控除の計算方法
	〃 諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入)		月 日 月 日	月 日 月 日	月 日 月 日	
	基本給 (1ヵ月 円)	円	円	円	円	
	家族手当 (1ヵ月 円)	円	円	円	円	
	住宅手当 (1ヵ月 円)	円	円	円	円	
	通勤手当 (1ヵ月 円)	円	円	円	円	
	(1ヵ月 円)	円	円	円	円	
(1ヵ月 円)	円	円	円	円		
合計	円	円	円	円		

上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日

事業所所在地 _____
 事業所名称 _____
 代表者氏名 _____

TEL() -

患者氏名	(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		平成 年 月 日	平成 年 月 日																													
②		平成 年 月 日	平成 年 月 日																													
③		平成 年 月 日	平成 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																												
令和 年 月 日から		日間	日	令和 年 月 日ごろ																												
令和 年 月 日まで		日間																														
(29) 入院期間			(30) 療養費用の別	(31) (26)欄の最終診療日及び投薬日数																												
令和 年 月 日から		日間	健保・自費	年 月 日																												
令和 年 月 日まで		日間	公費・その他	日分																												
(32) 診療日及び入院していた日を○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

(33) (26)の期間中における「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)

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 記入年月日 令和 年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 担当医師の氏名 _____

TEL() -