

健康保険
傷病手当金・付加金支給請求書

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

記入例

支給決定印

〔第 1 回〕

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	① 被 保 険 者 証 の			② 個 人 番 号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)				③ 生 年 月 日					
	記号	92	番号	123456							昭和 平成	年	月
被 保 険 者 の 氏 名	④被保険者 (申請者) の氏名			在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。				⑤資格を 取得した 年月日					
	味野 太郎			昭和 平成 令和				年	月	日	⑥業 務 内 容		
被 保 険 者 の 住 所	〒			2 1 1 - 0 0 0 0				神奈川県 川崎 市					
	中原区〇〇〇町〇-〇-〇			電話 044 - XXX - 1234									
傷 病 名	⑨傷病名			1) 胃潰瘍				⑩初診日					
	2)							平成 令和					
	3)							年 月 日					
情 報	⑩該当の疾病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。			① 病気 [発病の原因 不 詳 2. ケガ ⇒ 「負傷原因届」(K-1-9)を併せてご提出願います。									
	⑪療養のために休んだ期間(申請期間)			平成・令和 〇×年 11月 13日 ~ 平成・令和 〇×年 11月 30日				18 日間					

確 認 事 項	①療養のために休んだ期間(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。			1. はい ② いいえ			
	①-1 「はい」と答えた場合、その報酬の額と支払った期間を記入してください。			平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 円			
確 認 事 項	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」と答えた場合、どちらを受給していますか。 ※上記で「はい」または「請求中」と答えた方			1. はい → (a. 障害厚生年金 b. 障害手当金) 2. 請求中 ③ いいえ			
	②-1 受給の要因となった傷病名を記入してください。			傷病名			
確 認 事 項	②-2 基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。)			基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年金額 平成 令和 年 月 日 円			
	③資格喪失(退職)した方、任意継続の方 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。			1. はい 2. 請求中 ③ いいえ			
確 認 事 項	③-1 上記で「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、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)			基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年金額 平成 令和 年 月 日 円			
	④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。			1. はい 2. 労災請求中 ③ いいえ			
④-1 上記で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(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				
⑤介護サービスを受けたとき			被保険者番号 保険者名称				

支給印

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

療 養 担 当	患者氏名			
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日) (1)平成 年 月 日	
		(2)	(2)平成 年 月 日	
		(3)	(3)平成 年 月 日	
発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	発病・負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
上 記 の う ち 入 院 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	療養費用の別	健保 自費 公費() その他
			転 帰	治ゆ 繰越 中止 転医
診 療 実 日 数	日	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	
が 意 見 を 書 く と こ ろ	傷病の主状態、経過状況および経過概要 (労務不能と認められた期間中の診療実日数が0日の場合は治療状態を具体的に記入ください)	1. 労務不能期間中の主たる症状		
		2. 治療内容、検査結果、療養指導等(詳しく)		
		3. 前月(前回期間)の症状との比較		
労務不能と認められた医学的な所見	→ 若しくは、症状経過から見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			
今後、労務不能と認められる期間及び意見	1. 労務可能となる治癒見込み 年 月 日から労務可能・()週間後頃から労務可能理由: 2. 今のところ不明理由:			
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. 人工肛門	イ. 人工関節	ウ. 人口骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他()
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日		
医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名		印 電話 - -		