

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	0 0 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	(〒	-)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)	
			左づめでご記入ください。
			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(〒	-)	TEL	()

※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。

※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

- ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気	(発病時の状況)	
		2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和) 年 月 日	から	<input type="text"/>	日数
		まで	<input type="text"/>	日間
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、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。	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日から <input type="text"/> 報酬額 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日まで <input type="text"/> 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。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 - ① 「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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 <input type="text"/> 基礎年金番号 <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/>
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始 <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年月日 <input type="text"/> 年金額 <input type="text"/> 円 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
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。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="text"/> 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号 <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> 支給開始 <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年月日 <input type="text"/> 年金額 <input type="text"/> 円 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
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	<input type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	<input type="text"/> 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 <input type="text"/> 被保険者番号 <input type="text"/> 保険者名称 <input type="text"/>	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

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の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																						
	勤務状況 【出勤は○】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																									
	□平・□令	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		
	□平・□令	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 □ 日給 □ 日給月給		□ 時間給 □ 歩合給 □ その他		賃金計算		締日		支払日		□ 当月 □ 翌月		日		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	単価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	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。																																	
	区分		支給額	支給額	支給額																																		
	基本給																																						
	通勤手当																																						
	住居手当																																						
	扶養手当																																						
	手当																																						
	現物給与																																						
計																																							
上記のとおり相違ないことを証明する。																		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																		印		電話 ()																			

記入例

組合 太郎

26	4	○○○公公○△//公公/公/	出勤	有給																													
26	5	//公公公// // 労務 / ○○○○	計	4日 1日																													
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
4	16		15日																														
5	15		25日																														
300,000	135,000																																
120,000																																	
20,000	20,000																																
440,000	155,000																																

基本給:欠勤控除あり
300,000円÷20日×11日=165,000円
通勤手当:欠勤控除なし
12/25 6か月定期券代(1月~6月分)として120,000円支給
住居手当:欠勤控除なし

福岡市東区和白丘2-2-75
社会医療法人財団池友会 ●●病院
池友会 太郎

事業主印 092 ()

【被保険者の方へ】

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

② 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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)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。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

⑤ 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における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

患者氏名																																	
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																											
	(2)		(2) <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																											
	(3)		(3) <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																											
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																											
労務不能と認められた期間	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年	月	日から	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令		年	月	日まで	日間																							
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費()	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																						
	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																						
診療実日数	診療日を	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
	○で囲んで	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
	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
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 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年	月	日																				
										退院年月日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	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																																	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																																	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
印 電話 ()																																	

記入例

1 患者氏名 組合 太郎

2 傷病名 鎖骨骨折

3 療養の給付開始年月日(初診日) (1)平成 26 年 4 月 22 日
(2)平成 年 月 日
(3)平成 年 月 日

4 発病または負傷の年月日 平成 26 年 4 月 22 日 発病 負傷
平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間

5 発病または負傷の原因 左肩部強打

療養費用の別 健保 公費() 治癒 中止
自費 その他 繰越 転医

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) 平成 26 年 5 月 22 日
鎖骨を骨折し、4/22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、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき 昭和・平成 年 月 日 人工肛門 人工関節
人工骨頭 心臓ペースメーカー
人工透析 その他()

上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日

医療機関の所在地 福岡市東区 ○ ○ ■ - ■ - ■

医療機関の名称 ▲▲▲病院

医師の氏名 □ □ □ □ 印 電話 092 ()

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。