



傷病手当金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯				
	氏名					連絡先					
住所	〒	都道府県	市区町村	町名・番地 アパート・マンション名							

委 任 状	被保険者(申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。						
	氏名					令和	年	月

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

「被保険者(申請者)記入用」は裏面に続きます。

※健康保険組合使用欄	給付内容	決定額	円	日数	日	日額	円					
		支給期間	令和	年	月	日	令和	年	月	日	まで	
		入院期間	令和	年	月	日	令和	年	月	日	まで	
	標準報酬	改定日	令和	年	月	日	月額	千円	日額	円		
	資格加入状況	今回	取得	令和	年	月	日	喪失	令和	年	月	日
		前回	取得	令和	年	月	日	喪失	令和	年	月	日
	受付日	令和	年	月	日	組合受付印			事業所受付印			
同年月日	令和	年	月	日								
決定日	令和	年	月	日								
支払日	令和	年	月	日								

両面印刷により提出願います。



傷病手当金支給申請書

療養担当者(医師)記入

患者氏名			
傷病名		療養の給付 開始年月日 (初診日)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
発病または 負傷の年月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	労務不能と 認められた期間
転記	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	療養費用 区分 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他
発病または 負傷の原因			
療養担当者 (医師)が 意見を記 入する ところ	入院	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	外来	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	
	(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症状及び経過		以下について、できるだけ詳しくご記入ください。 ①上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 ②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。 令和 年 月 日 療養担当者の所在地 療養担当者の氏名 電話 ()			

・内容審査に必要と判断した場合には、後日、改めて文書にて追加照会させていただきことがあります。
 ・上記内容が網羅されていれば、医療機関で作成された書式を添付していただいても構いません。