

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	1	3	9	9	番号	9	9	9	0	枝番	2	3	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	年	5	1	月	1	0	日	1	6	性別	☒ 男 ☐ 女
	フリガナ	ケンボ コウイチ													☒ 自宅 ☐ 携帯												
	氏 名	健保 浩一													連絡先	03 99999999											
	住 所	〒	9	9	9	-	9	9	9	9	都道府県	東京都		市区町村	新宿区		町名・番地 ●●町9丁目9番地99号 アパート・マンション名 ●●●●マンション99号室										

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	健保 浩一												令和	年	0	5	月	0	7	日

※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					日	令和						日間	
		入院 期間	令和							年					日	令和						日間	
	標準報酬	改定日	令和							年				日	月額				千円	日額		円	
	資格加入状況	今回	取得	令和						年				日	喪失	令和					年	月	日
		前回	取得	令和						年				日	喪失	令和					年	月	日
	受付日	令和								年				日	組 合 受 付 印				事 業 所 受 付 印				
	伺年月日	令和								年				日									
	決定日	令和								年				日									
	支払日	令和								年				日									

傷病手当金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 浩一

申請内容	(1) 傷病名	左大腿骨頸部骨折	(2) 初診日	☐ 平成	年	月	日												
				☒ 令和	0	4	1	1											
	(3) 発症又は負傷原因及び経過	原因および経過(詳細に記載してください) 通勤途上中の交通事故(相手方あり) 負傷原因がケガの場合には、「負傷原因届(様式12)」を追加提出してください。 また、負傷原因が交通事故の場合は、「第三者の行為による傷病届」を追加提出してください。																	
	(4) 療養のため休んだ期間 (この傷病手当金の申請期間)	令和	0	4	1	1	2	5	～	令和	0	5	0	1	3	1	日数	6	8
	(5) 傷病時の仕事の内容	事務(経理担当)																	

確認事項	上記の「療養のため休んだ期間」に関する次の確認事項について記入してください。																			
	全	(1) 報酬を受けましたか。	☐ 1. ある(今後受取るものも含む) ☐ 2. ない ↓以下は、「ある」の場合のみ記入 報酬支払の基礎となった期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 報酬額 円 右詰めで記入してください																	
		(2) 「障害厚生年金」または「障害手当金」の受給がありますか。	☐ 1. ある(請求中を含む) ☒ 2. ない ↓以下は、「ある」の場合のみ記入 受給している内容 ☐ 1. 障害厚生年金 ☐ 2. 障害手当金 傷病名 基礎年金番号 年金コード																	
		初回申請時のみ	(3) 労災休業補償の受給がありますか。	☒ 1. ある(請求中を含む) ☐ 2. ない ↓以下は、「ある」の場合のみ記入 支給元(請求先)の労働基準監督署 ●●●●●労働基準監督署																
	(4) 当組合加入以前に傷病手当金を受給したことはありますか。		☒ 1. ある(請求中を含む) ☐ 2. ない ↓以下は、「ある」の場合のみ記入。 保険者名 ●●●●●健康保険組合 傷病名 うつ病 医療機関名 ●●●●●医療センター 支給期間 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☒ 令和 0 2 0 5 1 5 ～ ☒ 令和 0 2 0 9 3 0																	
	資格喪失者のみ	(5) 雇用保険の受給がありますか。	☐ ある → 離職票 I (写) を添付してください。 ☐ ない ☐ 延長中 → 雇用保険受給期間延長通知書(写)を添付してください。																	
		(6) 老齢または退職を事由とする公的年金の受給がありますか。	☐ 1. ある(請求中を含む) ☐ 2. ない ↓以下は、「ある」の場合のみ記入のうえ、年金証書(写し)を添付してください。 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 令和 年 月 日 年金額 円																	

傷病手当金支給申請書

療養担当者(医師)記入

このページは、療養担当者(医師等)に記入を依頼してください。

患者氏名	健保 浩一			
傷病名	左大腿骨頸部骨折		療養の給付 開始年月日 (初診日)	
発病または 負傷の年月 日	☐ 平成 ☒ 令和 4 年 11 月 25 日	☐ 発病 ☒ 負傷	☐ 平成 ☒ 令和 4 年 11 月 25 日から 令和 5 年 1 月 31 日まで 68 日間	
転記	☒ 治癒 ☐ 中止	☐ 繰越 ☐ 転医	療養費 区分	
発病または 負傷の原因	「労務不能と認めた期間」は、必ず証明日以 前の期間となります。			
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		
		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 ・期間中の労務不能の状況が確認できるよう、できるだけ詳細に療養担当者に記入してもらってください。 ・記入内容に訂正が必要な場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者である療養担当者の氏名(サイン)を記入してもらってください。 ・内容審査に必要と判断した場合には、後日、改めて療養担当者に対して文書にて追加照会させていただきことがあります。 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。				
医療機関の所在地	東京都港区●●町×丁目×番地×号 令和 5 年 2 月 5 日			
医療機関の名称	医療法人●●会 ●●病院			
療養担当者(医師)の氏名	●● ●● ●● 電話 03 (9999) 9999			

・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。

ver.20230707