

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) ○ ○ ○ ○ 病 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	☐ 平・ ☒ 令 5 年 10 月 / 日 ☐ 平・ ☐ 令 年 月 日 ☐ 平・ ☐ 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。	☒ 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)	(□平成・□令和) 年 月 日 05 / 10 01 から 日数 3 / 05 / 10 31 まで 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)	例) 看護師		

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。	☒ 1. はい 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。	☐ 平・ ☐ 令 年 月 日から 報酬額 ☐ 平・ ☐ 令 年 月 日まで 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。	☒ 1. はい → ☐ 1. 障害厚生年金 2. 請求中 2. 障害手当金 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。 [「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。]	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始 年 月 日 年金額 円 □昭和・□平成 □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。	☒ 1. はい → 名称 2. 請求中 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。 [「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。]	基礎年金番号 年金コード 支給開始 年 月 日 年金額 円 □昭和・□平成 □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	☒ 1. はい 3. いいえ 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。	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 被保険者番号 保険者名称	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>