健保組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

傷病手当金 / 傷病手当金付加金 / 延長傷病手当金付加金 支給申請書〔第 1 回〕

被保険者記入欄

健康保険被保険者		申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
記号	番号	事業所名	○×△㈱
1 2 3 4	5 6 7 8	所属（または出向先）	○× 部 △□ 室・グループ・課・工場
被保険者の氏名		被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×－×
（氏）ケンポ 健保	（名）タロウ 太郎	連絡先 自宅	×××-××××-××××
		連絡先 職場（外線）	×××-××××-×××× 内線 ×××-××××

労務不能期間	※医師の意見欄と同様にしてください。 平・令 ○ 年 × 月 △ 日から 平・令 ○ 年 × 月 △ 日まで ◇ 日間	第三者行為によるものですか	は い・いいえ
傷病名	※医師の意見欄と同様にしてください。 ○△□×		
発病・負傷の原因	※医師の意見欄と同様にしてください。 ○△□×		
年金等受給状況	・無 ・有（右記いずれかに○）	・老齢年金等 ・障害年金等（傷病名：　　） ・雇用保険の受給（予定）	
年金等有の方のみ記入	受給額（年額） 円	受給開始月	平・令 年 月

医師の証明欄と同一のこと

私は、傷病手当金等受給期間において障害年金、老齢厚生年金等（在職老齢年金を除く）および雇用保険、労災保険を受給していないことを証明します。万が一受給していた、もしくは今後受給した場合は、速やかに傷病手当金等をお返しすることをお約束します。

令和 ○ 年 △ 月 × 日　被保険者氏名 健保太郎 印 ㊞

※上記「年金等受給状況」で無に○をつけた方のみ、証明欄に記名・押印して下さい。

※自ら署名した場合は押印不要です

記名の場合のみ押印が必要

委任状（退職者・任継者は記載不要）	日本製鉄健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和○年△月×日　被保険者氏名 健保太郎

※訂正する場合は、二重線で訂正の上で訂正印を押印ください。（修正インク・テープ使用不可）
※年金等を受給している場合は、初回申請時に年金証書（写）を添付してください。
受給額の変更があった時には再度添付してください。（在職老齢年金は調整対象外）

被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
（注）マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健保記入欄

受付No.	
月額（日額）	千円（　　円）
支給期間	／　～　／
支給日数	日
給付開始	平・令　年　月　日
法定給付額	円
付加給付額	円
支給決定額	円

受付日付印

【注意】
・速やかな支払いに繋げるため、15日位を目処とした早めの提出をお願いします。

健康保険被保険者		被保険者の氏名	
記号	番号	(氏)	(名)
1 2 3 4	5 6 7 8	健保	太郎

事業主の証明欄

【労働日のみ減額の事業所】出勤→出、有給→△、欠勤→×、公休日→○、
【1/30日分を減額の事業所】出勤→出、減額しない休暇→△、減額する休暇→×

□	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																出	出	出	○	○	出	出	出	出	出	○	○	出	出	出	出
◇	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	出	○	○	△	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×																
	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																															

欠勤減額の取扱い（右記のいずれかに○）	・労働日のみ減額	・1/30日分を減額			
労務に服さなかった期間	平・令 ○ 年 ○ 月 △ 日から 平・令 ○ 年 ○ 月 × 日まで	報酬の種類			
報酬支給の有 無	有 ・ 無	報酬のある場合（月額もしくは日額に○）	月額 日額	円	
報酬を支給した期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間			

以上のとおり証明いたします。　令和 ○ 年 × 月 △ 日

事業主または代理人　○×△㈱

所在地　◇◇県○△市◇町×-×-×

氏　名　○△　××

連絡先氏名	○△　○×	連絡先電話番号	×××-××××-××××

療養を担当した医師の意見欄（枠内は全て記入してください。）

必ず記入してもらってください

傷病名	主病	○○○○	
発病または負傷の原因	○○○○○○		
発病または負傷の年月日	平・令 ○ 年 △ 月 □ 日	療養の給付を開始した期日（初診日）	平・令 ○ 年 △ 月 □ 日
労務不能と認めた期間	平・令 ○ 年 △ 月 □ 日から 平・令 ○ 年 △ 月 × 日まで　◇ 日間	左の期間中の実診療日数	□ 日

労務不能と認めた理由（自覚的症状、他覚的所見など）、治療経過について詳しくご記入ください

○○○○○○○○

証明日付は、必ず労務不能期間末日以降となる。

医学的に見て、今後就労の可否	可能 ・ 不能	可能な時期	令和 ○ 年 × 月頃
		不能な理由	
症状は固定	している ・ していない	症状固定年月日	令和 ○ 年 × 月 ○ 日
		今後の療養見込期間	令和　年　月頃まで

上記のとおり相違ありません。　※改ざん防止の観点から、記載内容を訂正する場合は二重線で訂正の上でサインをご記入下さい。

令和 ○ 年 △ 月 × 日

医療機関　所在地　□□県○△市◇町△-○

名　称　○○○病院

電　話　×××-××××-××××

医師氏名　○○　△△

(R6.12)

【注意】上記の医師意見欄の記載内容を、被保険者等が修正・加筆した場合は、書類の改ざん（不正行為）とみなし、給付金の支給を停止します。