

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	記号	番号					
	被保険者等 記号・番号 (左詰め)	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 令和				
住所	(〒	—)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	()				

振込先 指定口座	※ゆうちょ銀行口座への振込をご希望の方は、他金融機関からの振込を受ける際の支店、口座番号をお申し出ください (通帳表紙の見開きページに、他金融機関からの振込を受ける際の口座情報が記載されていますのでご確認ください)						
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左詰め)	<input type="text"/>			
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。						
	<input type="text"/>						

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
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ							
	代理人 (口座名義人)	(〒	—)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係		
	住所	(フリガナ)								
	氏名									

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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	被保険者名				2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日
	1 傷病名	<input type="checkbox"/>	療養担当者が記入した(4ページの)傷病による申請の場合は ✓を入れてください。(別傷病の申請には別途証明が必要です)			
	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	→ 負傷原因調査票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)	(令和) 年 月 日		から	日数	
	※月ごと(月をまたがず)に申請してください。 記入例) 08年01月01日から08年01月31日まで 31日間		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)						

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 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ正しい証明を受けてください
	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 2. 請求中 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。 (年金証書等のコピーを添付いただいても結構です)	傷病名	
		基礎年金番号	年金コード
	「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。	支給開始年月日	年金額 円
		<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	3 【3は当健保の被保険者資格を喪失した方のみご記入ください】 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 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。 (年金証書等のコピーを添付いただいても結構です)	基礎年金番号	年金コード
	「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。	支給開始年月日	年金額 円
	<input type="checkbox"/>	平成 <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 2. 労災請求中 3. いいえ	
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。>>>

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

* 月は跨がず、暦月ごとに作成してください

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名													
	傷病名 (主たるもの)	(1)	療養の給付開始年月日 (1) 令和 年 月 日											
		(2)	(2) 令和 年 月 日											
		(3)	(3) 令和 年 月 日 (初診日)											
	①発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因										
	②労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他										
		令和 年 月 日まで												
	③うち入院期間	令和 年 月 日から	日間	入院										
	②の期間中の診療実日数	②の月における診療日を○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	※診療日がなく転帰が「継続」の場合は、次回診察予定 令和 年 月 日									
		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 令和 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	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	人工臓器等の種類 <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 電話 ()														

記入例

* 月は跨がず、暦月ごとに作成してください

1	1 患者氏名	協会 太郎												
2	2 傷病名 (主たるもの)	(1)	頸骨骨折 (1) 平成 26 年 4 月 22 日											
		(2)	(2) 令和 年 月 日											
		(3)	(3) 平成 年 月 日 (初診日)											
4	4 発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 20 日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因 左肩部強打										
	4 労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 30 日	9 日間	療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他										
5	③うち入院期間	平成 年 月 日から	日間	入院										
		平成 年 月 日まで	日間	転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医										
2	②の期間中の診療実日数	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	※診療日がなく転帰が「継続」の場合は、次回診察予定 令和 年 月 日									
		2	5	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	手術年月日 平成 年 月 日									
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(詳しく)														
頸骨を骨折し、4/22初診。頸骨バンドで頸骨を固定。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														
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 東京都品川区△△△ 1-1														
医療機関の名称 ○○総合病院														
医師の氏名 佐藤 五郎 電話 03 (△△△△)△△△△														

【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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。『外来加療』等のみの所見は意見書として認められません。

※書損等は訂正箇所と医師の氏名横に同じ印を押してください(捨印不可)