

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

(第 回)

[illegible]

振込先指定口座	金融機関名称		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）		本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別		口座番号		ゆうちょ銀行は漢数字三ケタ	
	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	▼カタカナ(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。)					
	口座名義				口座名義の区分	
	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人	

口座名義の区分が「2」の場合は必ず記入してください。

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	()
	※代理人が署名してください	住所	(7) (カ)ナ -----				
		氏名					
		委任者と代理人との関係					

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求される場合は、申請される方の氏名をご記入下さい。(住所・振込口座も同様です。)生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入下さい。また、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

受付日付印

備考欄

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

1 傷病名	1)	2 発病 または 負傷 年月日	令和	年	月	日
	2)		令和	年	月	日
	3)		令和	年	月	日
3 発病又は負傷時の状況を詳しく記入して下さい。		(発病時の状況)				
<small>※発病又は負傷の原因が業務に起因するものは労災保険の扱いとされますので管轄の労働基準監督署に相談して下さい。</small>		(負傷時の状況) いつ→ 年 月 日 午前・午後 時 分 私用・仕事中・通勤途中 どこで→				
4 第三者行為によるものですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は負傷届を提出してください				
5 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和) 年 月 日 <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> から 日数 <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> まで 日間				
6 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 <input type="checkbox"/> 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。	令和 年 月 日 から 報酬額 令和 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい ※1 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 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。	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい ※2 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 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。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円
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 3. いいえ <input type="checkbox"/> 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

※1 障害厚生年金の給付を受けている方
○年金給付額等がわかる書類を添付して下さい(以下のすべての書類が必要です)
・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー
・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および
障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)コピー

※2 老齢退職年金の給付を受けている方(資格喪失後に申請する場合)
○年金給付額等がわかる書類を添付して下さい(以下のすべての書類が必要です)
・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー
・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および
老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)コピー

「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

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名		
傷病名	(1) 療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日
発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	□発病 □負傷
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	発病または負傷の原因
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 入院	療養費用の別
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	□健保 □公費() □自費 □その他
	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	転帰 □治癒 □中止 □繰越 □転医

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

退院年月日 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

□昭和 □平成 □令和

人工臓器等の種類

□人工肝門 □人工関節
□人工骨頭 □心臓ペースメーカー
□人工透析 □その他()

上記のとおり相違ありません。

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

1 患者氏名	協会 太郎
2 傷病名	(1) 顔骨骨折
3 療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成 26 年 4 月 22 日 (2) 平成 年 月 日 (3) 平成 年 月 日
発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日
4 労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間
うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
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
5 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 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日
顔骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。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	人工透析の実施または人工臓器を装着した日
□昭和 □平成	人工臓器等の種類
年 月 日	□人工肝門 □人工関節 □人工骨頭 □心臓ペースメーカー □人工透析 □その他()
上記のとおり相違ありません。	
医療機関の所在地	平成 26 年 5 月 22 日
医療機関の名称	東京都品川区△△ 1-1
医師の氏名	〇〇総合病院
保険 五郎	印不要
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】

2 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。

3 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。

4 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。

5 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。

6 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。