

# 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）

被保険者（申請者）が記入するところ	記号	番号	生年月日	年　月　日
	健康保険 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>
	氏名 (※被保険者死亡の 時は申請者の氏名)	(フリガナ)		事業所 名称
	住所	(〒　　-　　)	都　道 府　県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (　　)		
同意書	私は、この傷病手当金の請求に関し、徳洲会健康保険組合が医療機関（過去の傷病との関連により他の医療機関等に照会することを含む）に対して、療養内容を照会することについて同意します。			
	年　月　日　被保険者名（　）			

振込先指定口座	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
口座名義	▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <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 (　　)	委任者と 代理人との 関係	
※代理人が署名して下さい	住所 (フリガナ) 氏名		

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

※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」等を添付して下さい。

備考欄

# 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)		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
(発病時の状況)				
3 発病又は負傷時の状況を詳しく記入して下さい。				
(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→				
※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思われる ので管轄の労働基準監督署に相談して下さい。				
状況を具体的に→				
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				
(令和) 年 月 日				
5 療養のため休んだ期間(申請期間)				
から 日数 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 令和 年 月 日 まで <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">報酬額</span> 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 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">※1</span> <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
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。	<span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">傷病名</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">基礎年金番号</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">年金コード</span>
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。	<span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">支給開始年月日</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">□昭和 □平成 □令和</span> 年 月 日 <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">年金額</span> 円 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">※2</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">名称</span>
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。〕	<span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">基礎年金番号</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">年金コード</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">支給開始年月日</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">□昭和 □平成 □令和</span> 年 月 日 <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">年金額</span> 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ますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">3. いいえ</span>
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 <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">保険者番号</span>	<span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">被保険者番号</span> <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">保険者名称</span>

※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。&gt;&gt;&gt;

# 健康保險 傷病手当金 支給申請書

### 事業主記入用

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																												出勤		有給				
	令和 年 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																												計		日		日		
	令和 年 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																												計		日		日		
	令和 年 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																												計		日		日		
	上記の期間に対して、 賃金を支給しました(します)か?				<input type="checkbox"/> はい		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算		締 日		日																				
					<input type="checkbox"/> いいえ				<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				<input type="checkbox"/> 日給月給				<input type="checkbox"/> その他																		
																	<input type="checkbox"/> 当月																				
																	<input type="checkbox"/> 翌月																				
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																														賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください。						
支給した (する) 賃金内訳	期間 区分	単価	月 日		月 日		月 日																														
			～	月 日分	～	月 日分	～	月 日分																													
			支給額		支給額		支給額																														
	基本給																																				
	調整手当																																				
	住宅手当																																				
	家族手当																																				
	通勤手当																																				
	手当																																				
奨学金																																					
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。																														令和 年 月 日		担当者 氏名					
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					
電話 ( )																																					

## 記入例

## 【被保険者の方へ】

- ① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

## 【事業主の方へ】

- ② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は△で、欠勤の場合は／で表示してください。

- ③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

- 4 働き方の締日および賃金の支払日をご記入ください。

- ⑤ 労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

- 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。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

# 健康保險 傷病手当金 支給申請書

### 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		(1) 令和 年 月 日			
	(2)			開始年月日		(2) 令和 年 月 日			
	(3)			(初診日)		(3) 令和 年 月 日			
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			
労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から								
	令和 年 月 日まで			日間					
うち入院期間	令和 年 月 日から			日間		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )		□ 治癒 □ 中止 転帰 □ 繰越 □ 転医	
	令和 年 月 日まで			入院		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他			
診療実日数		診療日を	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					
		○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					
		日	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					
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <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			
		年 月 日				<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。									
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 (1) 頸骨骨折 (2) 3 痊癒の給付 (1) 平成 26 年 4 月 22 日  
偏傷病名 (2) 平成 年 月 日  
(3) (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  患病  偏傷

労務認めた 4 (4) 発病または  
負傷の原因  
平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間  
平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間

うち入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日間 入院

療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日間 入院

5 療養日を  
○で囲んで  
ください。  
4 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 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  
診療実日数

6 二記の期間中ににおける「生れたる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指標等(詳しく述べ)  
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨ハンドで鎖骨を固定。  
固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。  
症状経過からみて来来の職業について芳秀手帳を用いた医学的判断  
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。

7 人工透析を実施  
または人工臍器  
を装着したとき  
人工透析の実施または  
人工臍器を装着した日  
□昭和 □平成  
年 月 日  
人工臍器等  
の種類  
□人工透析  
□人工臍器  
□人工臍器  
□心臓ペースメーカー  
□人工透析  
□その他( )

8 上記のとおり相違ありません。  
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  
医療の氏名 逓進 五郎

9 平成 26 年 5 月 22 日 印不要 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つたと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明白日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。