

記入例

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

（第 1 回）

被保険者（申請者）が記入するところ

被保険者証の (右づめ)	記号 5 0 0	番号 2 5 1 0	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 6 ○ ○ △ △
氏名 (フリガナ) ケンコウ ハナコ (※被保険者死亡の時 は申請者の氏名)	健康 花子		事業所 名称	〇〇徳洲会病院
住所	(〒 530 - 0001 )	大阪府	都道 府県	大阪市北区梅田〇丁目〇-〇〇 △△マンション203
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (××××) ××××			
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。			
	令和〇年 ×月 □日 被保険者名(健康 花子)			

振込先指定口座

金融機関 名称	〇〇〇	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	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
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(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンコウ ハナコ		口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「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
	代理人 (口座名義人) ※代理人が署名し てください	住所 (〒 - ) TEL ( ) (フリガナ) 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 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。>>>

※被保険者が亡くなれば、相続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

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

# 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) 鎖骨骨折	発病時の状況、負傷時の状況を必ず記入して下さい。原因がわからない時は、不詳と記入して下さい。	令和 1年 5月 22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) (負傷時の状況) いつ→ 1年 5月 22日 午前・(午後) 3時 30分 (私用)・仕事中・通勤途中 どこで→ 自宅の庭 状況を具体的に→ 脚立に上って木を切っていたところふらついて落下した		
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 01 05 22 から 日数 01 06 12 まで 22 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) 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。	2	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。	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。	3	1. はい ※1 2. 請求中 3. いいえ	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。 [「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 支給開始年月日	年金コード 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。	3	1. はい ※2 2. 請求中 3. いいえ	名称
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 支給開始年月日	年金コード 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	3	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	被保険者番号	被保険者番号	被保険者名称	

障害厚生年金、障害手当金受給の場合は必ず記入し、下記※1を参照の上、必要書類を添付して下さい。

老齢または退職を自由とする公的年金を受給している場合は必ず記入し、下記※2を参照の上、必要書類を添付して下さい。

※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(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(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欄	患者氏名		
	傷病名	(1) _____ (2) _____ (3) _____	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	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷 発病または負傷の原因
	労務不能と認められた期間	令和 _____年 _____月 _____日から 令和 _____年 _____月 _____日まで	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
	うち入院期間	令和 _____年 _____月 _____日から 令和 _____年 _____月 _____日まで	
診療実日数	診療日を _____月 _____日 ○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 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 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 _____年 _____月 _____日	
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。			
医療機関の所在地			
医療機関の名称			
医師の氏名		電話 ( )	

療養担当者(医師等)に記入いただけてください。

## 記入例

1	患者氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折 (2) _____ (3) _____
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
4	発病または負傷の年月日	平成 26年 4月 22日 <input type="checkbox"/> 発病 平成 26年 5月 12日 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷
5	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 _____月 _____日 ○で囲んでください。
	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)	鎖骨を骨折し、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 _____年 _____月 _____日
	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。	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	印不要 保険 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。
- 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。