

健康保険 傷病手当金支給申請書

(第 回目)

常務理事	事務長	担当者

被保険者が記入するところ（申請者情報）	◆申請者確認欄		□ 記載内容については、被保険者（申請者）本人が記入・確認しました。			
	【申請内容】					
	①被保険者証の記号・番号			②氏名		
	記号	番号				
	③生年月日		年	月	日	④資格取得日
						年
	⑤住所		〒			
	⑥日中連絡の取れる電話番号		⑦メールアドレス			
	⑧仕事の内容（具体的に）					
	⑨傷病名		⑩発病又は負傷年月日		令和	年
					月	日
	⑪発病又は負傷の原因		⑫第三者行為によるものですか			
			はい ・ いいえ			
			→「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を別途ご提出ください。			
	⑬療養のために休んだ期間（申請期間）		令和	年	月	日から
			令和	年	月	日まで
	【確認事項】					
	⑭ ⑬の療養のために休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい ・ いいえ			
	⑮ 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。		はい ・ 請求中 ・ いいえ			
	⑯-1 「はい」または「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			
⑰ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。		はい ・ 請求中 ・ いいえ				
		→「はい」の場合は「年金証書（写）」「年金振込通知書（写）」等を添付してください。				
⑯-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった傷病名をご記入ください。		傷病名				
⑰ 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。		はい ・ 請求中 ・ いいえ				
		→「はい」の場合は「年金証書（写）」「年金振込通知書（写）」等を添付してください。				
【給付金受取先】						
⑱ 金融機関名		⑲ 支店名		⑳ 口座番号（7ケタ）		
				普通		
⑳ 口座名義（カナ）						
給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状にご記入ください。						
⑳ 委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。				令和	年
					月	日
	被保険者の	住所				
		氏名				
代理人の	住所					
	氏名					

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支 給 受 付 印

事業主が証明するところ	② 労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から	日間	一部就労日がある場合、その日数 日間	
			令和 年 月 日まで			
	④ 上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か。		はい ・ いいえ	⑤ 賃金計算	締日	日
					支払日	当月 ・ 翌月 日
	⑥ 報酬の名称	⑦ 支給対象期間		⑧ 支給額	⑨ 支給・控除額の計算式	
		月 日～	月 日	円		
	月 日～	月 日	円			
	月 日～	月 日	円			
	月 日～	月 日	円			
	月 日～	月 日	円			
	月 日～	月 日	円			
⑩ 上記の通り相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名 TEL ()						

療養を担当した医師が意見を記入するところ	⑪ 患者氏名			⑫ 発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	
	⑬ 傷病名	(1)		⑭ 療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)	(1) 令和 年 月 日	
		(2)			(2) 令和 年 月 日	
		(3)			(3) 令和 年 月 日	
	⑮ 発病または負傷の原因					
	⑯ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から		日間	⑰ 療養費の別	健保・自費・公費・その他
		令和 年 月 日まで			⑱ 転帰	治癒・中止・繰越・転医
	⑲ 上記⑯期間中の診療日 ※外来は診療日を○で囲む。	入院	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで	日間
		外来	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		
			診療実日数	日	最終診療日	令和 年 月 日
	⑳ 上記⑯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(できるだけ詳しくご記入ください)					
㉑ 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(できるだけ詳しくご記入ください)						
㉒ 医学的見地から、就労可能時期について						
<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から就労可能見込み <input type="checkbox"/> 現時点では不明						
㉓ 上記内容について相違ありません。						
令和 年 月 日						
※㉓の労務不能と認められた期間以降に証明をしてください。						
医療機関の所在地						
医療機関の名称						
医師の氏名 ㉔						
TEL ()						

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、医師の氏名(サイン)をご記入ください。
 ※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。

◆申請及び記入上のご注意

- ・傷病手当金は病気や怪我の療養のために会社を休み、給料が支給されない方の生活保障給付になりますので、療養担当者に毎月療養の経過を記入してもらい、必ず1カ月ごとにご申請ください。
※必要に応じて照会などの調査を実施しますので、支給決定までに時間がかかることがあります。予めご了承ください。
- ・記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名（サイン）をご記入ください。
- ・期間（日数）の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。
例) 6月13日から6月19日は7日間 となります。

被保険者の方へ

1. ①の欄は当組合の被保険者証（保険証）に書かれている「記号」「番号」をご記入ください。枝番は記入不要です。
2. ⑧の欄は「営業」「制作」「経理」など具体的にご記入ください。
3. ⑪の欄はケガの場合は日時、場所、何をしていた時など詳しくご記入ください。病気の場合は分かる範囲で記入し、分からないときは「不詳」とご記入ください。
4. ⑫の欄で「はい」と回答した場合「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。⇒ 健保組合までご連絡ください。
5. ⑰の欄は資格喪失者または任意継続被保険者の方で老齢（退職）年金を受けている（受ける予定がある）場合に「はい」または「請求中」を○で囲んでください。
6. ⑱～㉑の欄は被保険者（本人）または代理人の希望する振込先金融機関名などをご記入ください。

<添付書類>

初回の申請をされる方	●傷病手当金初回申請に伴う同意書
資格喪失日以降の申請をされる方（毎回）	●傷病手当金状況報告書
障害手当金、障害厚生年金の給付を受けている方（毎回）	●障害厚生年金の年金証書の写し、または障害手当金決定通知書の写し ●直近の支給額を証明する書類（年金振込通知書の写し等）
老齢退職年金の給付を受けている方（毎回）	●老齢年金の年金証書の写し ●直近の支給額を証明する書類（年金振込通知書の写し等）

事業主の方へ

1. ⑬の申請期間が被保険者の資格を喪失した後の期間であるときは、事業主の証明は不要です。
2. ⑳の期間に報酬が支払われている場合には㉒の欄の「はい」を○で囲んで、㉓～㉕の欄に詳細をご記入ください。
例) 有給休暇、通勤手当、テレワーク手当、家族手当など

<添付書類>

毎回	申請期間にかかる ●出勤簿の写し ●賃金台帳の写し 出勤簿は「出勤・有休・欠勤」など、勤怠の表示があるものをご提出ください。 欠勤控除が翌月以降になる場合は欠勤控除を行った月の賃金台帳の写しを添付してください。
----	---

※必要に応じて別途添付書類のご提出をお願いする場合があります。

医師の方へ

1. ⑳の欄は「治療期間」ではなく、㉓に記載する傷病により療養のために労務不能であったと認めた期間および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。
2. ㉔および㉕の欄は「症状および経過」、「労務不能と認められた医学的な所見」をなるべく詳しくご記入ください。
3. 手術した場合は手術の名称と手術年月日をご記入ください。
4. ㉖の欄は、不正請求防止のため手書きではなくスタンプでの証明にご協力をお願いします。