

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

被保険者・受取代理人記入用

常務理事	事務長	担当者
記入例		

【提出先】 被保険者の勤務先
(資格喪失後の継続給付受給者は健康保険組合)

被保険者情報	被保険者証の記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	〇〇株式会社〇〇営業所					
	氏名	健保 太郎			生年月日	1985	年	12	月	1	日
	住所	(〒 111 - 1111) 〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6									
	電話番号 (日中の連絡先)	012	(234)	5678					
	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)										

振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。									
	金融機関名称	〇〇〇 銀行			〇〇〇 支店					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 当座	口座番号	4 5 6 7			右づめでご記入ください		
	口座名義	〇〇〇〇(カ)							カタカナでご記入ください	
口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人(事業主に委任する時) ↓ 「2」の場合、下記に記入									

受取代理人の欄	被保険者	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。 2023 年 3 月 10 日								
		氏名	健保 太郎			住所	「被保険者情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 111 - 1111) 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3			氏名	〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇			委任者と 代理人との 関係
	TEL	012	(345)	6789			事業主	

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます >>>

健保 使用欄	資格取得年月日	年	月	日	資格喪失年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日	支給開始年月日	年	月	日
	支給額	円		支給残日数	/ 日			
	支給期間	年 月 日 ~		年 月 日		日間		
	前回支給期間	年 月 日 ~		年 月 日		日間		
	全部・一部 不支給	期間	年 月 日 ~		年 月 日		日間	
	理由	<input type="checkbox"/> 待機期間 <input type="checkbox"/> 事業主から受けた報酬の額が傷病手当金の額以上 <input type="checkbox"/> 事業主から報酬が支給されているため、傷病手当金の支給額を調整 調整日額 円 <input type="checkbox"/> その他 ()						

受付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

被保険者記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容	1 傷病名	1) 鎖骨骨折	2 発病 または 負傷 年月日	1) 2023 年 2 月 5 日
		2)		2) 年 月 日
		3)		3) 年 月 日
	3 発病または負傷の原因 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> けが → 『負傷原因届』を併せてご提出ください (原因および状態(自覚症状)) [具体的にご記入ください 例: ○○頃から痛みがあり受診した。等]		
	4 業務中のけがですか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	5 第三者行為によるものですか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください		
	6 療養のため休んだ期間(申請期間)	2023 年 2 月 6 日 ~ 2023 年 2 月 19 日 14 日間		
7 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)	例: 生産ラインでの立ち仕事、営業事務での取引先との対応 等			

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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	1-① 「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間とその報酬の額	2023 年 2 月 6 日から 3 日分 2023 年 2 月 8 日まで 30,000 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"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ↳ <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		
	2-① 「はい」または「請求中」の場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等 (「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号のみ)	傷病名		
		基礎年金番号	年金コード	
		支給開始年月日	年 月 日	年金額 円
	3 (健康保険の資格を喪失した方)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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ↳ 名称		
	3-① 「はい」または「請求中」の場合、基礎年金番号等 (「請求中」の場合は、基礎年金番号のみ)	基礎年金番号	年金コード	
		支給開始年月日	年 月 日	年金額 円
	4 今回の申請は労災保険から休業補償旧給を受けている期間のものですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
4-① 「はい」または「労災請求中」の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署	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	

3ページに続きます >>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

事業主・療養担当者記入用

被保険者氏名	健保 太郎
--------	-------

事業主証明欄	被保険者氏名	健保 太郎				
	労務に服さなかった期間	2023年 2月 6日から 2023年 2月 19日まで		14日間	労務に服さなかった期間に対して 賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()	賃金計算	締日	15日	
				支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 / <input type="checkbox"/> 翌月 25日	
	労務に服さなかった期間の分 として支払う報酬関係	2023年 2月 6日から 2023年 2月 8日まで	3日間	支給額	30,000円	
				日額	10,000円	
	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					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 2023年 3月 17日					
	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3				
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社				
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇	TEL	012 (345) 6789			

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	健保 太郎					
	傷病名	1) 鎖骨骨折	療養の給付 開始年月日 (初診日)	1) 2023年 2月 5日			
		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		2) 年 月 日			
		3)		3) 年 月 日			
	発病または 負傷の年月日	2023年 2月 5日 <input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因	左肩部強打			
	労務不能と 認められた期間 ※1	2023年 2月 6日から 2023年 2月 19日まで	14日間				
	うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	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	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
	診療実日数	4日	診療日を○で囲んでください 2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	年	月	日
	症状および経過、労務不能と認められた委託的な所見を詳しくご記入ください			退院年月日	年	月	日
労務不能の診断をされた理由 <input checked="" type="checkbox"/> 労務を排し、療養に専念する必要があるから(入院を含む) <input type="checkbox"/> 他に伝染するおそれがあるから <input type="checkbox"/> 通院加療であるが、重要な経過観察等、かなりの頻度の通院が必要であるから <input type="checkbox"/> 本人の就労意欲や症状回帰意欲にて判断したから <input type="checkbox"/> 医学的に治癒または症状固定(限界)が見られるが、本人の症状の訴えを尊重したから <input type="checkbox"/> その他()							
就労の見通し <input type="checkbox"/> 症状からして当面(月)は職場復帰は難しい <input type="checkbox"/> 本人の就労意欲や症状回帰意欲にて判断したから <input type="checkbox"/> 症状の回復状況等からして(月頃)には職場復帰は可能と思われる <input type="checkbox"/> 症状の回復状況等からして職場復帰は可能と思われる <input checked="" type="checkbox"/> 就労の形態(<input checked="" type="checkbox"/> 内容・ <input type="checkbox"/> 時間)を配慮すれば職場復帰は可能である <input type="checkbox"/> その他()							
上記のとおり相違ありません。 2023年 3月 2日							
医療機関所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-4-15						
医療機関名称	〇〇総合病院						
担当医師氏名	〇〇 〇〇	TEL	012 (345) 1256				

※1 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機関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。