

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称							

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人		

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人(口座名義人)	住所				
			氏名	被保険者との関係()			

申請内容	傷病名	1)	平・令	年	月	日		
		2)	平・令	年	月	日		
		3)	平・令	年	月	日		
	発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	注: 工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。						
	仕事の内容(具体的に)	退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。						
療養のため休んだ期間 (申請期間)	平・令	年	月	日	から	日間		
	平・令	年	月	日	まで			
上記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	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	平・令	年	月	日	から	報酬額
			平・令	年	月	日	まで	円
障害厚生年金又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」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名	年金の種類	□ 障害厚生年金 □ 障害手当金	基礎年金番号	年金額	円
「退職した方」老齢又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」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称	基礎年金番号	年金額	円		

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(事業主・医師記入用)

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																	
	労務に服さなかった期間	平・令	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。																									
		平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	□はい □いいえ																								
	出勤は○、有給は△、欠勤は/、公休日は公で表示してください。	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
		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
被保険者の	給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他()			賃金計算	締日	日	支払日	□当月 □翌月																									
上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合		年	月	日	～	年	月	日	日間	円																								
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円																								
上記のとおり相違ないことを証明します。												令和	年	月	日																			
所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名																																		
	電話番号	()																																

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、請求期間にかかる前月分からの「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。

医師等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) 平・令	年	月	日							
		2)		2) 平・令	年	月	日							
		3)		3) 平・令	年	月	日							
	発病又は負傷年月日	平・令	年	月	日	□発病 □負傷	発病又は負傷の原因							
労務不能と認められた期間	平・令	年	月	日	から	日間	診療実日数	日(労務不能期間中の診療日数)						
	平・令	年	月	日	まで									
うち入院期間	平・令	年	月	日	から	日間	転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医						
	平・令	年	月	日	まで									
主たる症状及び経過(できる限り詳しくご記入ください。)														
この期間の傷病状態														
この期間の治療状況														
前月の症状との比較														
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所見														
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき 人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日											令和	年	月	日
平・令	年	月	日											
人工臓器等の種類	□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ その他()													
記載内容について相違ありません。											令和	年	月	日
所在地														
医療機関名														
医師氏名														
電話番号	()													