

決定年月日	年 月 日
支給年月日	年 月 日
支給額	円
内訳	
支給開始年月日	年 月 日
支給期間	自 年 月 日
	至 年 月 日
	日間

理事長	常務理事	事務長			
資格取得日		昭和・平成・令和 年 月 日			
資格喪失日		平成・令和 年 月 日			
不支給	全部・一部			日間	
	年 月 日 ~			年 月 日	
理由					

健康保険 傷病手当金支給申請書(第 回目)

● 被保険者が記入する欄

※ マイナンバーで申請する場合は、備考欄に記入下さい。被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	事業所名	
被保険者名	性別	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -		
電話番号	() -	備考	
傷病名	1)	発病又は負傷年月日	1) 平成・令和 年 月 日
	2)		2) 平成・令和 年 月 日
	3)		3) 平成・令和 年 月 日
該当の傷病名の発病時の状況 (原因が第三者行為の場合、別途書類が必要です)	1)		
	2)		
	3)		
療養のため休んだ期間(申請期間)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	日数	日間
あなたの仕事の内容(具体的に) 退職後の申請時は退職前の仕事の内容			
療養期間(申請期間)に報酬を受けましたか、または今後受けることができますか。 (はいと回答された場合は期間・支給額等を記入下さい)	はい・いいえ	一部支給・全額支給	円
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
「障害厚生年金」又は「障害手当」を受給していますか。受給している場合はどちらを受給していますか	受給中・請求中・いいえ	障害厚生年金・障害手当金	
受給中又は請求中と回答の方は、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号を記入下さい。 (「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号を記入下さい)	傷病名		
	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	平成 年 月 日	年金額
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。受給している場合はその名称を記入下さい。	受給中・請求中・いいえ	名称	
受給中又は請求中と回答の方は、基礎年金番号等を記入下さい。 (「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号を記入下さい)	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	平成 年 月 日	年金額 円
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 (はい又は請求中の場合は労働基準監督署を記入下さい)	はい・いいえ・労災請求中	労働基準監督署	
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

● 振込先指定口座 (給付金の支給を代理人に委任する場合と退職後に支給を受ける場合は記入下さい。)

振込先口座 及び名義	金融機関名 ・支店名	銀行・金庫・信組・農協 ・漁協・その他()		本店・支店・出張所 ・本所・支所	
	口座 名義	(フリガナ) (氏名)	預金 種別	普通・当座 他()	口座 番号

● 受取代理人に委任する場合

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

被保険者名	Ⓜ	委任者と代理人との関係	
代理人氏名	Ⓜ	代理人の電話番号	() —
代理人の住所	〒 -		

・勤務先に事業主が証明する欄の証明を受けてください。資格喪失日以後の期間に関する申請については空欄で提出下さい。

● 事業主が証明する欄

被保険者氏名		備考	
勤務状況	【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は／】でそれぞれ表示して下さい。		出勤日数 有給日数
平・令 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		日 日
平・令 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		日 日
平・令 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		日 日
上記期間に対して賃金を 支給しました(します)か?	はい・いいえ	給与の 種類	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他()
賃金計算	締日	日	支払日 当月・翌月 日 上記期間中の 報酬関係 全額支給・一部支給・不支給

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入下さい。

支給した(する) 賃金内訳	単価	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) について記入下さい
		月 日分	月 日分	月 日分	
		支給額	支給額	支給額	
基本給					
通勤手当					
手当					
手当					
現物給与					
計					

上記のとおり相違ないことを証明します。

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

Ⓜ

● 療養を担当した医師が意見を書く欄

患者氏名		療養費用の別	健保・公費() 自費・その他()	転帰	治癒・中止 繰越・転医	
傷病名	1)	療養の給付開始年月日(初診日)	1)	平成 令和	年 月 日	
	2)		2)	平成 令和	年 月 日	
	3)		3)	平成 令和	年 月 日	
発病又は負傷の原因	1)	発病又は負傷の年月日	1)	平成 令和	年 月 日	
	2)		2)	平成 令和	年 月 日	
	3)		3)	平成 令和	年 月 日	
労務不能と認めた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				日間	
うち入院期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				日間	
診療実日数	日	手術年月日	平成 令和 年 月 日	退院年月日	平成 令和 年 月 日	
診療日を○で 囲んで下さい。	1)	平・令 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				
	2)	平・令 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				
	3)	平・令 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				
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」等詳しく記入下さい						
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						
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	実施又は装着した日	昭・平・令 年 月 日	人工臓器等の種類	人工透析・人工関節・人口骨頭・人工肛門 心臓ペースメーカー・その他()		
上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日			
所在地						
医療機関 名称						
医師氏名		Ⓧ 電話番号 ()		-		

(事業主の記入上の注意)

受付印

1. 原則として報酬の支払いが完了した月を含めた期間から請求されるようご指導ください。
2. 労務に服さなかった日や、報酬の支払い状況などは、出勤簿並びに賃金台帳により確実に記入下さい。
3. 勤務日報、給与支払台帳のコピーを添付して下さい。

(療養担当者意見状の注意)

1. 「労務不能と認めた期間」は被保険者の休業した期間とは関係なく、臨床上労務不能と認められる期間をご記入下さい。
2. この意見書で保険者の判断がつかない場合は、再度担当医師にご照会する事があります。