

保険給付費支給決定並支払伺				起案	
支給金額	金	円	支給期間	取得	・
				喪失	・
				生年月日	・
受給減額	金額	円	不支給期間	支給開始	・
				前回最終支給日	・
				振込先	事業所 ・ 申請者

健康保険 傷病手当金支給申請書

(1) 被保険者証 記号 番号		(2) 事業所名称		(3) 申請回数 初回 継続()回目 終回	
(4) 被保険者 (申請者) 氏名と印		(フリガナ)		(5) 被保険者の生年月日 昭・平 年 月 日	
(7) 被保険者 (申請者) 住所		TEL()		(6) 仕事の具体的な内容 (退職後の期間を請求される方は、在職中の仕事内容)	
(9) 上記(8)申請期間中に、報酬は受けましたか、または今後受けられますか		受けた 受けない 今後受ける		(8) 申請期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで [療養のため労務不能であった期間の内、今回申請する期間とその日数(公休日含む)]	
(11) 上記(10)傷病名が負傷の場合は記入してください		負傷した場所		(10) 傷病名及び発病又は負傷年月日 ① 昭・平 年 月 日 ② 昭・平 年 月 日	
(12) 「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。		はい いいえ 請求中		障害厚生年金 障害手当金	
(13) 上記(12)で「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)傷病名及び金額を記入してください				円	
(14) 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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 いいえ 請求中			
(15) 上記(14)で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給している(する)年金名及び金額を記入してください				円	
(16) 労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金申請ですか		はい いいえ 請求中			
上記(16)で「はい」または「請求中」と答えた場合は、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください				労働基準監督署	

本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。 平成 年 月 日 委任された者の 事業所所在地 事業所名称 代表者氏名及び印	被保険者氏名 _____ 印
---	----------------------

※被保険者が傷病手当金申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)				
振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所	1. 普通 2. 当座		(フリガナ)

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

◎「被保険者が記入するところ」欄を訂正する場合は、訂正箇所には「(4)被保険者(申請者)の印」と同一印の捺印をお願いします。
 ◎「(4)被保険者(申請者)の印」と同一印の捺印をお願いします。
 ◎「(4)被保険者(申請者)の印」と同一印の捺印が必要です。また、傷病手当金支給申請書に、記入もれ等があり、必要に応じてその他の書類を提出していただく場合があります。また、傷病手当金支給可否の決定に際し、健康保険法に基づいた審査を行うため、支給決定までに時間がかかります。

●「初回申請」または「申請期間内に出勤日・有給日がある月」は、申請期間の『賃金台帳(写)』『出勤簿(写)』の添付が必要です。

事業主が証明するところ	(17) 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間を記入																																	
	勤務状況は		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
	出勤・・・○ 有給・・・△		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
	欠勤・・・× 公休・・・公 と記入		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
	種類	(18) 給料の 種類	月給 ・ 日給		月給 ・ 日給		(19) 給料締切日		(20) 給料支払日		備考																							
			時間給 ・ 他()		日締		当月	翌月	日払																									
	(給料の締切日に合せて記入)	(21) 上記の 給料の 締切日に合せて記入)	1ヶ月分の基本給		労務に服できなかった期間中の給料支給状況		基本給・諸手当の欠勤 控除の計算方法																											
			" 諸手当 の額 (支給の有無に関係なく記入)		月 日	月 日	月 日	月 日																										
			基本給 (1ヶ月 円)		円	円	円	円																										
			家族手当 (1ヶ月 円)		円	円	円	円																										
住宅手当 (1ヶ月 円)			円	円	円	円																												
通勤手当 (1ヶ月 円)			円	円	円	円																												
(1ヶ月 円)			円	円	円	円																												
(1ヶ月 円)			円	円	円	円																												
合計		円	円	円	円																													
上記のとおり相違ありません																																		
平成 年 月 日				事業所所在地				事業所名称																										
				代表者氏名及び印				印																										
TEL() -																																		

療養を担当した医師が記入するところ	患者氏名					
	(22) 傷病名		(23) 発病又は負傷年月日		(24) 療養給付開始日(初診日)	
	①		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日		
	②		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日		
	③		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日		
	(26) 労務不能と認められた期間		(27) 診療実日数		(28) 労務可能見込年月日	
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		日	平成 年 月 日ごろ
	(29) 入院期間		(30) 入院費用の別		(31) (26)欄の最終診療日及び投薬日数	
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		健保 ・ 自費 公費 ・ その他	年 月 日 日分
	(32) 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		透析日又は装着日	昭和 年 月 日 平成	種別	ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 心臓ペースメーカー エ. 人工関節 オ. その他()
(33) (26)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)						
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						
上記のとおり相違ありません						
医療機関の所在地		記入年月日 平成 年 月 日				
医療機関の名称						
担当医師の氏名及び印		印 TEL() -				

◎「療養を担当した医師が記入するところ」欄を訂正する場合は、訂正箇所には「療養を担当した医師印」と同一印の捺印をお願いします。