

健康保険 傷病手当金支給申請書(第 回)

被 保 険 者 の 欄	健康保険被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	事業所名		
	被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	住所	〒			
申 請 者 の 欄	仕事の具体的な内容	TEL ()					
	傷病名	1) 年 月 日	発病または負傷年月日	2) 年 月 日	発病または負傷の原因	3) 年 月 日	
請 求 者 の 欄	第三者の行為が原因で	ある・ない	で「ある」と答えた場合は第三者の	氏名	住所	TEL ()	
	療養のため休んだ期間(申請期間)	平成 年 月 日から	日間	休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受けない	で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
記 入 の 欄	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。また、「はい」または「請求中」の場合、受給の要因となる傷病名をご記入ください。		障害厚生年金	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	傷病名()		
	で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金・手当金額を記入してください。(「申請中」の場合は、基礎年金番号のみ記入)		基礎年金番号(障害厚生年金)	年金コード(障害厚生年金)	支給開始年月日	年金・手当金額	年 月 日 円
入 力 の 欄	資格喪失後、継続して傷病手当金を申請する場合、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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中				
	で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金・手当金額を記入してください。(「申請中」の場合は、基礎年金番号のみ記入)		基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額	年 月 日 円
給 付 金 の 欄	労災保険から休業(補償)給付を受給している期間の傷病手当金の請求ですか。また、「はい」または「請求中」と答えた場合、請求先の労働基準監督署を記入してください。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	請求先: () 労働基準監督署			
	介護保険法の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		

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
(フリガナ)	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()	(フリガナ)	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係 ()
	平成 年 月 日	住所	住所
被保険者(申請者)の氏名	代理人の氏名	電話 ()	電話 ()

- 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)
- 初回申請時は、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と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し
 - の給付を受給している方は、「年金証書及び裁定通知書の写し」及び「直近の(年金)振込通知書等の写し」
 - の給付を受給している方は、「休業(補償)給付支給決定通知書の写し」

事 業 主 の 欄	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から	ただし	は出勤	左の期間に報酬を支給しました(します)か	はい・いいえ	職場復帰しましたか	ア.欠勤中 イ.月 日から出勤 ウ.月 日で退職
	勤務状況	平成 年 月 日まで	ただし	は有給	はい・いいえ			ア.欠勤中 イ.月 日から出勤 ウ.月 日で退職
証 明 欄	報酬支給形態	ア.月給制 イ.日給月給制 ウ.日給制 エ.時間給制 オ.その他	欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について、具体的に記入してください					
	上記の期間における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)のについて、締切毎に記入してください。							
明 細 欄	欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当
	支給額	円	円	円	円	円	円	円
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日								
事業所所在地								
事業所名称								
事業主氏名								
電話 ()								

医 師 等 の 欄	傷病名	1) 年 月 日	診療開始年月日	2) 年 月 日	発病または負傷の年月日	3) 年 月 日
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から	日間	平成 年 月 日まで	発病または負傷の原因	
療 養 担 当 者 の 欄	上記の期間のうち入院期間	平成 年 月 日から	日間	平成 年 月 日まで	転 帰	治療(月 日) 繰越 中止 転医
	診療実日数	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	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	・ 労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等	
・ 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						
就労可能見込年月日 年 月 日						
意 見 欄	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成	年	月	日
	人工臓器等の種類		ア.人工透析	イ.人工肛門	ウ.人工関節	エ.人工骨髄
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日						
医療機関等所在地						
医療機関等名称						
医師氏名						
電話 ()						