

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病または負傷年月日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	(発病時の状況) <input type="checkbox"/> 1. 病気 () 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで 日数 日		
	5 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)			

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 type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ
	1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 令和 年 月 日 報酬額 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"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.請求中 <input type="checkbox"/> 3.いいえ → <input type="checkbox"/> 1.障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2.障害手当金
	2-① 「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、基礎年金番号支給開始年月日及び支給額をご記入ください。	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はご記入ください。) 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、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.請求中 <input type="checkbox"/> 3.いいえ → 名称 _____
	3-① 「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、基礎年金番号支給開始年月日及び支給額をご記入ください。	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給付を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> 1.はい 3.いいえ <input type="checkbox"/> 2.労災請求中
	4-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	
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 _____	

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と申請者の氏名(サイン)をご記入ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

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の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名																				
勤務状況【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。															出勤	有給				
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算		締日		日									
					<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日									
				<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他						日										
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																				
事業主が証明するところ 支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	支給額	支給額	支給額											
	基本給																			
	通勤手当																			
	住居手当																			
	扶養手当																			
	手当																			
	手当																			
	手当																			
	手当																			
	現物手当																			
計																				
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。								担当者												

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所所在地

☎ ()

事業所名称

事業主氏名

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者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)令和	年	月	日																			
		(2)									(2)令和	年	月	日																				
		(3)									(3)令和	年	月	日																				
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日							発病または負傷の原因																						
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間																								
	うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費()	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																				
													<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																				
	診療実日数	日	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	
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	令和	年	月	日																			
											退院年月日	令和	年	月	日																			
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																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和				人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節																								
		年	月	日	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																												
									<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他()																								
上記のとおり相違ありません。														令和	年	月	日																	
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名														電話	()																			

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。