

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)	(都)	(道)	(府)	(県)
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）						

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。） <small>注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>					
	金融機関 名称	(銀行) (金庫) (信組)	(本店) (支店)	(農協) (漁協)	(出張所)	(その他) ()
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。	
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				
	氏名	(〒 -)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

(R2.12)

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

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1) 傷病名	2) 傷病名	3) 傷病名	2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。			<input type="checkbox"/> 1. 病気	(発病時の状況)		
				<input type="checkbox"/> 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) 年 月 日	から	日数	
					まで		日間
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	<input type="checkbox"/> 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 から	報酬額 円
		令和 年 月 日 まで	
	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"/> 1. 障害厚生年金
		<input type="checkbox"/> 2. 請求中	<input type="checkbox"/> 2. 障害手当金
	<input type="checkbox"/> 3. いいえ		
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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名		
	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	年金額 円	
	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	
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、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	年金額 円	
	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	
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	<input type="checkbox"/> 2. 労災請求中	<input type="checkbox"/> 3. いいえ
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。			労働基準監督署
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

「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

4

療養担当者記入用

療養担当者か意見を記入すること	患者氏名																																
	傷病名	(1)																															
		(2)																															
		(3)																															
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	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	日間																														
		令和 年 月 日まで	入院	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																													
	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	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
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 <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。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話 ()																																	

記入例

1	患者氏名 協会 太郎
2	療養担当者 田 根 啓 彦
3	発病または負傷の日 26 年 4 月 22 日
4	傷病名 (1) 左肩部強打
5	療養期間 4 月 26 日 から 5 月 12 日 まで 5 月 12 日 から 5 月 21 日 まで 5 月 21 日 から 5 月 22 日 まで
<p>療養期間中に、肩の痛み、左肩の動き、日常生活、仕事、家事、通勤等に支障をきたしている。</p> <p>肩を骨折し、4/22初診。診察でレントゲン撮影を確定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。</p> <p>骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。</p>	
<p>〒265 0000 東京都葛飾区 1-1-1</p> <p>〒265 0000 東京都葛飾区 1-1-1</p> <p>〒265 0000 東京都葛飾区 1-1-1</p> <p>〒265 0000 東京都葛飾区 1-1-1</p>	

- 【被保険者の方へ】**
- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。
- 【療養担当者の方へ】**
- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
 - 左の傷病名について、その傷病名の初診の日をご記入ください。
 - 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
 - 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。