

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	(1)記号	(2)番号	(3)事業所名称	株式会社	(4)職種	
	(5)被保険者氏名	フリガナ		(6)被保険者生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	(7)被保険者住所	フリガナ		電話番号			
	(8)傷病名	①	発病又は 負傷年月日 (療養開始日)	①	令和	年 月 日	
	(9)発病又は 負傷原因の 詳細	②	②	令和	年 月 日		
	(10)申請期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間	
	(11)労災からの 休業補償受給の有無	有・無・請求中	※有の場合請求先労働基準 監督署名	労働基準監督署			
	(12)年金受給の有無	有・無・請求中	(13)第三行為の有無	有・無			
	年金証書の記号・番号			(14) 同意書	申請する傷病手当金の支給決定に際し、 貴組合が傷病の状態等を受診医療機関及び 療養を担当した医師に対して照会する必要が 生じた場合は、これに同意します。		
	受給年金額						
受給開始年月日							
受給病名							
公金受取口座	<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。)					
(15)振込希望口座							
金融機関コード	銀行コード		支店コード		フリガナ		
金融機関名称	銀行 信組 金庫 その他		本店 出張所 支店 その他		口座名義人		
種別	普通・当座	口座番号					

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。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。

《委任状》 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名

代理人 住所 氏名

被保険者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。  
(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。)

備考欄

受付印

事業主が証明するところ	(16) 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間
	就労・給与支払いの状況	別紙のとおり出勤簿・給与台帳を添付します。
	(17) 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日
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 記 入 す る と こ ろ	(18) 患者氏名								
	(19) 傷病名	①	(20) 療養給付 開始年月日 (初診日)	令和	年	月 日			
		②		令和	年	月 日			
	(21) 発病又は 負傷年月日	令和	年 月 日	発病 負傷	(22) 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
	(23) 発病又は 負傷の原因								
	(24) 入院期間	令和	年 月 日から	日間	(24) 療養費用の別	健保	自費	公費	その他
		令和	年 月 日まで		(25) 転帰	治癒	繰越	中止	転医
	(27) 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 31					
	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					
	(28) ① 就労不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査内容、療養指導」等を詳しく								
② 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									
(29) 人工透析を実施又は 人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	令和	年 月 日	人工臓器等の種類					
	ア.人工肝門 イ.人工関節 ウ.人口頭骨 エ.人工心臓 オ.人工透析 カ.その他( )								
(30) 上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日								
医療機関所在地									
医療機関名称									
医師氏名									
電話番号	( )								

※必ずA3で印刷してください。  
※提出前に太枠について記入漏れがないかを必ず確認してください

【医師へのお願い】  
(22) 労務不能と認められた期間は、(30) 医師の証明日よりも未来の日付を記入しないでください。  
(23) と(28) について詳細をご記入ください。

健保組合	事業主	支店・営業所
担当	担当	担当