

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第〇回目)

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

記入例		(1)記号	(2)番号	(3)事業所名称	〇〇〇 株式会社	(4)職種
被保険者証	1	1	2 3 4 5 6 7	〇〇	支店 営業所	〇〇
(5)被保険者氏名	フリガナ	ダイトウ タロウ		(6)被保険者生年月日	昭和・平成	50年1月23日
	大東 太郎		電話番号	123 - 4567 - 8910		
(7)被保険者住所	フリガナ	トウキョウト〇〇ク△△1-2-3				
	〒	123 - 4567		東京都〇〇区△△1-2-3		
(8)傷病名	①〇〇〇〇〇		発病又は 負傷年月日 (療養開始日)	① 令和 3 年 4 月 1 日		
	②※2つある場合は記入			② 令和 年 月 日		
(9)発病又は 負傷原因の 詳細	「いつ(令和〇年〇月〇日、どこで(自宅で)、なにを(階段を)、どうしているうちに(降りるときに)、 どういふうになって(足を踏み外して)、どこを(足を)、どうした(骨折した)」というように、 詳しく記入してください。 2回目以降は現在の状態や治療の経過を詳しく記入してください。					
(10)申請期間	令和 3 年 4 月 1 日 から	令和 3 年 4 月 30 日 まで	30 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。 ※チェックを入れてください		
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を記入。)				
(15)振込希望口座	金融機関コード	銀行コード	1 2 3 4	支店コード	1 2 3	フリガナ
	金融機関名称	〇〇	銀行 信組 金庫 その他	〇〇	本店 出張所 支店 その他	ダイトウ タロウ
種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	大東 太郎		

(10)申請期間は(22)労務不能の期間をご記入ください

事業主が証明するところ	(16) 労務に服さなかった期間	平成 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	

この欄は事業所に証明してもらってください(在籍者のみ)

療養を 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)
		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
	(23)発病又は 負傷の原因		
	(24)入院期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
	(25)療養費用の別	健保	自費
	(26)転帰	治癒	繰越
	(27)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
	診察日を 〇で囲んで 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	人工透析を実施した人工臓器の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人口頭骨 エ.心臓ペースメーカー 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	()	

この欄は医師に記入してもらってください

本人から直接事業主へ送付するフローになっておりますが、支店や営業所等を經由した場合は受け付けた方がデット印又は日付の記入と押印をお願いします。

※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

被保険者以外の口座に入金希望する場合のみ記入

受付印

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

※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