

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

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
----------------	--------

申請内容	1 傷病名	2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日	
	3 請求期間の療養状況についてご記入ください。 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 請求期間の療養状況について（毎回記入）	(発病・負傷の原因（初回のみ）及び請求期間の療養状況（毎回））		
	※仕事や、通勤途中のケガは「労災保険」が優先されます。 ※第三者行為(交通事故など)による負傷・疾病は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 から	日数	日間
		(令和) 年 月 日 まで		
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)	毎回記入してください。			

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 令和 年 月 日 まで 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	
	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	
	「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金の年額がわかるものを添付してください。	基礎年金番号	年金コード
		支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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、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
	「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金の年額がわかるものを添付してください。	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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 <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

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。

事業主が証明すること	被保険者等 記号・番号																													被保険者氏名					
	労務に服さなかった期間	(令和) 年 月 日 から (令和) 年 月 日 まで 日間																																	
	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	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	令和 年 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	計	日	日
	令和 年 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	計	日	日
	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 【 】円	<input type="checkbox"/> 日給月給	賃金計算	締日	日
																														<input type="checkbox"/> 日給 【 】円	<input type="checkbox"/> 歩合給	支払日		<input type="checkbox"/> 当月	
																														<input type="checkbox"/> 時間給 【 】円	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 翌月	
	上記の労務に服さなかった期間に対して、支給した報酬(※資格取得届や算定基礎届の標準報酬に算入しているもの)をご記入ください。																																		
報酬の名称	支給対象期間										支給額										賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) 所定労働日数 日														
基本給等 (出勤・有給休暇も含む)	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
※給与が支払われた日を 賃金計算月毎に記入して ください。	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
通勤手当	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
手当	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
手当	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
現物給与(社宅・食事等)	月 日 ~ 月 日	日分										円																							
【通勤手当】	精算方法・式【 年 月 支給 年 月 日 ~ 年 月 日分の内、																																		
<input type="checkbox"/> 支給なし											年 月に 年 月 日 ~ 年 月 日分精算】																								
<input type="checkbox"/> 出勤日のみ支給【日額 【 】円																																			
<input type="checkbox"/> 精算なし																																			
<input type="checkbox"/> 精算あり											➡右記に精算方法・式を明記																								
上記のとおり相違ないことを証明する。																												令和 年 月 日 ^{※1}		担当者氏名					
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名																																			
																												電話 ()							

【被保険者の方へ】
・お勤め先の事業所に証明を受けてください。退職後の継続給付の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】
・※1 証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。
・訂正の際には事業主印で訂正印または事業主のサインをお願いします。

<<添付書類>>

- ①「請求期間の前月からの賃金台帳及び出勤簿の写し」、「通勤手当の精算状況が分かる明細の写し」
- ②「欠勤・休職中の給与について書かれた規定及び日割支給の算式の載った規定の写し」(初回のみ)
- ③「申請期間を含む雇用契約書の写し」(被保険者が正社員以外の場合・初回のみ)

「療養担当者記入用」は4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

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											療養の給付開始年月日(初診日)	令和	年	月	日																	
	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※1	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"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<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(詳しく)																																	
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"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	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()																				
令和 年 月 日※2																																	
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 ()																																	

※1 労務不能と認められた期間は、治療期間では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。

※2 労務不能と認められた期間が経過した後に証明してください。

※ 記入箇所を訂正する場合は、医師の訂正印の押印または医師のサインをお願いします。