

健康 保 使 用 欄	款 項 目	3	1	8	支 払 額	¥		資 格 取 得 日	年	月	日	
								資 格 喪 失 日	年	月	日	
	支 給 期 間	自 平 成	年	月	日	日 間	待 期 期 間	自 平 成	年	月	日	
		至 平 成	年	月	日			至 平 成	年	月	日	
	傷病手当金日額		日数		金額		前回までの支給期間				標準報酬月額	
											: 千円	
											: 千円	
								自 平 成	年	月	日	年 月 日 伺
								至 平 成	年	月	日	年 月 日 支払

## 健康保険傷病手当金申請書(第 回)

被 保 者 が 記 入 す る こ こ を 訂 正 し て お 願 い し ま す	①被保険者証の 記号と番号	(記号)	(番号)	②被保険者(申請者)の 氏名・印・生年月日	昭和・平成 年 月 日	印
	③被保険者 (申請者)の住所	〒 ( )		④事業所名		業務の種類
	⑤傷病名			⑥発病または 負傷年月日	平成 年 月 日頃	
	⑦発病または負傷の 原因・状況を詳しく			⑧労災に該当されますか	⑨第三者によるものですか	
	⑩けがをした場合の 原因ではある ものがありますか	□ 交通事故 □ スポーツ中 □ あてはまらない		□ いいえ・□ 申請中・□ 申請予定		□ いいえ・□ はい
	⑪療養の為休んだ期間 (申請期間)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	左記の期間の報酬は	年 月 日から	日分
	⑫療養の為休んだ期間 の傷病の状態を詳しく			□ 受けた □ 受けない	年 月 日まで	円
				□ 今後 □ 今後 受ける 受けない		
	⑬[障害年金]または 「老齢年金」について	□ 受給中 □ 請求中 □ 未請求		障害年金受給の要因 となった傷病名		
	受給中・請求中の場合は、年金の 種類について○をしてください	年金の種類：障害年金 老齢年金				
※[障害厚生年金][老齢年金]について受給中の場合は「年金証書 (写)」と「年金振込通知書」等を添付してください。				⑭出産予定日 (申請者が女性の場合のみ記 入してください)	平成 年 月 日	

\*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は②の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

<b>必ずご記入ください</b>									
⑮ 銀行 コード (4ケタ)		銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)		支店	普通・当座 (○をつけてください)			
口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします						カタカナで記入してください		

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	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。	平成 年 月 日
	住所 被保険者	氏名 (印)
	住所 代理人	氏名 (印)

受付日付印

◎労務に服することができなかった期間を含む出勤簿(タイムカード)写と賃金台帳の写を必ず添付してください

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	◎被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは証明を行う必要はありません。
	所定休日 (該当曜日に○)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝	シフト制のため不定期(不定期の場合は出勤簿【写】に所定休日がかかるように記入してください)
証明するところ	復職状況	復職の場合[ 年 月 日 復職 ・ 復職予定 ] ・ 未復職	
	上記の期間に対して賃金(通勤手当を含む)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"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給
証明するところ	給与項目	給与の基礎となる期間	左記の期間における規定金額
	基本給	/ ~ /	円
証明するところ	手当	/ ~ /	円
	手当	/ ~ /	円
証明するところ	通勤手当の支給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合の期間・金額 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 円
	通勤手当支給ありの場合、精算の有無、期間、金額	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 円
証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明いたします		※手当等の支給日が上記給与の支給日と異なる日の場合のみ記入してください 平成 年 月 日 担当者氏名
	住所 事業所 名称 氏名		(印)

療養担当が意見を入れるところ	患者氏名	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日
	傷病名	平成 年 月 日	発病または負傷
意見を入れるところ	発病または負傷の年月日	年 月 日から 年 月 日まで	発病または負傷の原因
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	転 帰 治癒 継続 中止 転医
意見を入れるところ	上記のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	入院
	診療実日数	診療日を○で囲んで下さい	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
意見を入れるところ	①労務不能期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しく記入してください(診療実日数が0日の場合、受診のない期間に労務不能と認めている理由も詳しく記入ください)		
	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		
意見を入れるところ	・投薬の有無: <input type="checkbox"/> あり( 日分) <input type="checkbox"/> なし	・通院指導の有無: <input type="checkbox"/> あり( 回) <input type="checkbox"/> なし(理由 )	
	障害年金診断書について	診断書の記載	あり ・ なし 受診状況等説明書の記載 あり ・ なし
意見を入れるところ	※労務不能と認められた期間が経過した後に証明をしてください(先付け証明は受付できません)		
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 平成 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 (印) 電話 ( )		