健保使用欄										
	款項目	3	1	8	支払額	¥		資格の有無	あり □ なし□	
								資格喪失日	年 月 日	
	第1回 □	待期期間	自 R 年 月 至 R 年 月		標準報酬月額	R ／ ： 千円 R ／ ： 千円		処理日： 年 月 日 支払日： 年 月 日		
	第2回以降 □	前回までの支給期間	自 R 年 月 至 R 年 月		傷病手当金日額	日数	金額			
	支給期間	自 R 年 月 日 至 R 年 月 日	日間		円×	＝	円			

健康保険傷病手当金申請書(第　　回)

被保険者が記入するところ					
①被保険者等記号番号	(記号)	(番号)	②被保険者(申請者)の氏名・生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日	
被保険者のマイナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）					
③被保険者(申請者)の住所	〒 ― 電話 ( )		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 ・ 令 和 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 □いいえ・□申請中・□申請予定	⑨第三者によるものですか □ いいえ ・ □ はい 上記ではいと答えた場合は、初回申請時のみ「第三者行為による傷病届」の提出が必要になります。	
⑩けがをした場合の原因であてはまるものはありますか	□ 交通事故 □ スポーツ中 □ あてはまらない				
⑪療養の為休んだ期間(申請期間)	令 和 年 月 日 か ら 令 和 年 月 日 ま で			日間	
⑫療養の為休んだ期間の傷病の状態を詳しく					
⑬[障害年金]または「老齢年金]について	※必ず下記のいずれかにチェックしてください □ 受給中 □ 請求中 □ 未請求 受給中・請求中の場合は下記どちらかに〇をしてください 年金の種類：障害年金　老齢年金		障害年金受給の要因となった傷病名		
※[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(写)」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)	令和 年 月 日	

⑮支払希望の銀行	必ずご記入ください						
	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 (〇をつけてください)
	口座番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします		口座名義	カタカナで記入してください		
	□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります					

申請書送付先
在職中の申請期間分→お勤めの会社
退職後の申請期間分→健保組合

受付日付印

＊健保組合住所＊
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組合　あて

住商連合健康保険組合

◎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
▼この欄の訂正は、訂正箇所を赤の二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を赤文字で記入してください

事業主が証明するところ

①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 ◎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。
②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】に所定休日がわかるように記入してください)
③復職状況	復職の場合[　令和　年　月　日 復職・復職予定]・未復職

④①の期間に対して報酬(基本給、通勤手当等)を支給しました(します)か?	□はい □いいえ	⑤給与の種類	□月給　□日給月給 □日給　□時給	⑥給与締日と支給日	締日　日 支給日　□当月 □翌月　日

▲欠勤控除や通勤手当の精算により①の期間に対し支給した報酬がない場合、④欄は「いいえ」をチェックしてください

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください

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	労務に服さなかった期間に支給した金額	賃金計算方法(労務に服さなかった期間に支給した金額の計算根拠、欠勤控除計算方法等)について記入してください	※支給日
基本給	/　～　/	円	円		
	/　～　/	円	円		
手当	/　～　/	円	円		
	/　～　/	円	円		
手当	/　～　/	円	円		
	/　～　/	円	円		

通勤手当	①の期間に対し通勤手当を支給した場合は、右欄に期間と金額を記入してください。	R　年　月　日～R　年　月　日　円
通勤手当精算	精算した場合は右欄に精算した期間、金額を記入してください(月単位で精算の場合は解約日からではなく実際に払い戻した期間を記入してください)	R　年　月　日～R　年　月　日　円

※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

上記のとおり相違ないことを証明いたします

令和　年　月　日

事業所　住所
名称
氏名

担当者氏名

▼この欄の訂正は、訂正箇所を赤の二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を赤文字で記入してください

療養担当が意見を記入するところ

患者氏名		療養の給付開始年月日(初診日)	(1)平成・令和　年　月　日 (2)平成・令和　年　月　日
傷病名	(1) (2)	初診日以前に労務不能期間と認めた場合は、下記の①の欄に詳細を記入してください	
発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日　発病 負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
上記のうち入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間 入院	転帰	治癒　継続　中止　転医

診療実日数	日	診療日を○で囲んで下さい	
			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
			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

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

・投薬の有無:□あり(　日分)　□なし　・通院指導の有無:□あり(　回)　□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
	診断書の記載傷病名			

※労務不能と認め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。　令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　電話　(　)