

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	社員番号		所属及び 部署名	
	個人番号(※) マイナンバー					※記号・番号がわからない場合のみ記入してください	
	被保険者 氏 名 (自署)	フリガナ			住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 -	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			電話	()	

申 請 内 容	傷 病 名	1)	発病または 負傷年月日	平成・令和 年 月 日		
		2)		平成・令和 年 月 日		
		3)		平成・令和 年 月 日		
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく				第三者の行為に よるものですか	いいえ ・ はい
	療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
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)						

確 認 事 項	上記の療養のため休んだ期間に報酬を受けま したか、または今後受けられますか	現在まで	受けた ・ 受けない	将 来	受けられる ・ 受けられない			
	報酬を受けたまたは受けられるときは、その 報酬支払の基礎となった期間とその報酬額	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで					
		報酬額	円					
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無		有 ・ 無 ・ 請求中					
	年金等の種別	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金		傷病名				
	年金コード			基礎年金番号				
	支給開始年月日	昭・平・令 年 月 日		年金額	円			
	任意継続被保険者 ・ 資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無		有 ・ 無 ・ 請求中				
		年金コード			基礎年金番号			
		支給開始年月日	昭・平・令 年 月 日		年金額	円		
無職無収入 の証明		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間 無職無収入でありました。				
労災保険から休業補償給付を受けていますか、または請求中ですか				はい ・ いいえ ・ 請求中				
「はい」または「請求中」と記入した方は支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください				労働基準監督署				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀 行 信用金庫				本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						名義人 (カタカナ)	

受付日付印

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名											給与締日：	日		
	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	支払日：	☐ 当月 ☐ 翌月	日	
	上記期間に対して賃金を支給しました（します）か	☐ はい ☐ いいえ			給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給		☐ 日給 ☐ 歩合給		☐ 日給月給 ☐ その他（ ）				
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）	区分	支給期間										支給額		支払日
			令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	円	/		
			令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	円	/		
			令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	円	/		
		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	円	/			
通勤手当	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	円	/				
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															
電話番号 (担当者：)															

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名											発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日			
	傷病名	1)											初診日(療養の給付開始年月日)	平成・令和 年 月 日		
		2)												平成・令和 年 月 日		
		3)												平成・令和 年 月 日		
	発病又は負傷の原因															
	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	左の期間中の診療実日数	日間		
	うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間	療養費用の別	健保 公費 自費 その他		
			令和	年	月	日	まで	日間	転帰	治癒 中止 繰越 転医						
傷病の「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）																
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																
上記のとおり相違ないことを証明します。																
令和 年 月 日																
医療施設の所在地																
医療施設の名称																
医師の氏名																
電話番号																

(注) ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。