

2枚目

(2枚1組)

健康保険

傷病手当金支給申請書

必ず2枚1組で提出してください

申請内容	1. 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2. 発病または 負傷年月日	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日
	3. 該当の傷病は病気(疾病)ですか ケガ(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発生時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ * ケガの場合、負傷原因届を併せてご提出ください。		
	4. 療養のために休んだ期間(申請期間)	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	日数	_____日間
	5. あなたの仕事内容(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	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。	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	報酬	_____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"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <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。 「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	_____	
		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 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 令和	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、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
	3-①「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号をご記入ください。 「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金 番号	_____	年金コード _____
		支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 令和	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	_____

健康保険 傷病手当金支給申請書

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。

【添付書類】 勤怠管理表等（写）、賃金台帳（写）※勤怠管理表等（写）を提出される場合は、勤務状況欄内の記入は省略可能です。

被保険者氏名																																		
勤務状況																															出勤 日数	有給 日数		
出勤=○ 有給=△ 公休=公 欠勤=欠	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 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日														
申請内容																																		
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																		
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日	月 日	月 日	現在の状況																												
	区分		~ 月 日	~ 月 日	~ 月 日	療養中(月 日 現在) 復帰 (月 日)																												
	基本給		支給額	支給額	支給額	▼賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																												
	通勤手当																																	
	手当																																	
	手当																																	
	現物給与																																	
計																																		
上記のとおり相違ないことを証明する。					年 月 日	担当者 氏名																												
事業所所在地：																																		
事業所名称：																																		
事業主氏名： 電話 ()																																		

健康保険 傷病手当金支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名																																		
傷病名	1)															療養の給付 開始年月日 (初診日)	1)	年	月	日														
	2)																2)	年	月	日														
	3)																3)	年	月	日														
発病または 負傷の年月日	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	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間																									
うち入院期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間												療養費用の別	健保 <input type="checkbox"/> 公費 () 自費 <input type="checkbox"/> その他												
診療実日数	計	日																		転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医														
診療日に ○をつけて 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		
	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： 年 月 日																
																		退院年月日： 年 月 日																
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着した場合は人工透析の実地または装着した日を記入してください。																		年	月	日	人工臓器等の種類				<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人口関節 <input type="checkbox"/> 人口骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> その他									
																						年 月 日												
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 ()																		