

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(☐ 初回申請 ☐ 第2回目以降の申請)

被保険者(申請者)記入用

傷

黒いボールペン等でご記入ください(鉛筆や消えるペン不可)。訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ正しくご記入ください。記入漏れや不備がある場合は受付できませんので、漏れや誤りのないようご留意願います。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 -)		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	傷病手当金の振込先口座をご記入ください。(公金受取口座の場合でも、下記へご記入ください。)					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()				本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	☐ 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	左づめでご記入ください。		
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				口座名義 の区分	☐ 1.申請者 2.代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 ※上記「振込先指定口座」の口座名義の区分欄に「2」と記載した場合のみご記入ください。					令和 年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ					
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所					委任者と 代理人との 関係
		氏名	(フリガナ)					

「被保険者(申請者)記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.5)

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

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 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	☐	1.病気 (発病時の状況をご記入ください※初回申請時のみ)				
			2.ケガ → 「負傷原因届」を併せてご提出ください ※初回申請時のみ				
	4 申請期間(療養のため休んだ期間)	(令和)	年	月	日	から	日数
					まで	日間	
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)							

確認事項	1 上記の申請期間(療養のため休んだ期間)に報酬を受けましたか。	☐ 1.はい 2.いいえ
	1-① 「はい」と答えた場合、その額と、その報酬を受ける基礎となった期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 円 令和 年 月 日 までの報酬として
	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。	☐ 1.はい 2.請求中 3.いいえ → ☐ 1.障害厚生年金 2.障害手当金
	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 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 年金額 円
3 今回の傷病手当金を申請する期間において、他の傷病により労災保険から休業補償給付を受給していますか。	☐ 1.はい 2.労災請求中 3.いいえ	

傷病手当金の支給決定にあたり、関係機関への照会が必要となる場合がございます。
下記の内容をご確認、同意の上、ご署名願います。

同意書

松竹健康保険組合が、健康保険法等に基づく「傷病手当金」の支給決定を行うにあたり、関係機関(受診医療機関、前加入保険者(健保組合等))に対して、加入資格、保険給付の受給歴、診療内容、医師の意見等について直接照会を行うこと、また、国が整備する情報連携システムを利用し、法令に定める範囲の情報を取得することについて同意いたします。

松竹健康保険組合 理事長殿

氏名(自署又は押印)

(印)

記入年月日

令和

年

月

日

「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

2枚目の「1 申請期間(療養のため休んだ期間)」についての、勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名

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。
また、該当する期間を含む月の「出勤簿」をご添付ください。

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？

☐ 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

賃金計算

締日

支払日

日

☐ 当月
☐ 翌月

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。また、該当する期間を含む月の「賃金台帳」を添付ください。

区分	期間 単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	<備考欄> 賃金計算方法等をご記入ください。 ☐ 別紙あり (別紙を添付する場合はチェック)
		支給額	支給額	支給額	
基本給					
通勤手当					
住居手当					
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
その他 ()					
計					

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

担当者
氏 名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

電話

()

「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)
発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日 ☐ 発病 ☐ 負傷	令和 年 月 日
労務不能と認 めた期間	令和 年 月 日から () 日間 令和 年 月 日まで () 日間	発病または 負傷の原因
うち入院期間	令和 年 月 日から () 日間 令和 年 月 日まで () 日間 入院	転帰 ☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医
診療実日数	診療日を 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 ○で囲んで 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 ください。 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	
上記の期間中における「症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等		
上記により、労務不能と認められる医学的所見		
上記のとおり相違ありません。 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		

記入例

1	患者氏名	健保 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折 (2) ☒ 発病 (3) ☒ 負傷
3	療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1)平成 26 年 4 月 22 日 (2)平成 年 月 日 (3)平成 年 月 日
4	発病または 負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日 ☒ 発病 平成 26 年 5 月 12 日 ☒ 負傷
5	労務不 能と認 めた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間 平成 26 年 5 月 12 日まで () 日間
6	うち入院期間	平成 年 月 日から 日間 入院
7	診療実日数	診療日を 4 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 ○で囲んで 5 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 ください。 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
8	療養費用の別	☒ 療保 ☐ 公費 ☐ 自費 ☐ その他
9	転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医
10	上記の期間中における「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)	鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。 固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 治療の状況および症状経過などにより、労務不能と認められる医学的所見 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、 労務不能と判断した。
11	上記のとおり相違ありません。	平成 26 年 5 月 22 日
12	医療機関の所在地	東京都品川区△△ 1-1
13	医療機関の名称	〇〇総合病院
14	医師の氏名	●●●●● 電話 03 (△△△△) △△△△

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、枠内に主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、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。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。