

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(資格喪失後の継続申請分)

被保険者(申請者)記入用

傷 継

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	※1 1 0 6	番号	1 2 3 4 5 6	生年月日	年	月	日
	被保険者証の				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5 0 0 1 1 0		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ						
	住所	(〒 104 - 0045)	東京	都 道 府 県	中央区築地△-△-△			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678							

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。)

振込先指定口座	金融機関名称	みずほ	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 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	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。)		
	ケンホ° タロウ			1 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	
	代理人(口座名義人)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
		(〒 -) TEL ()				
	氏名	(フリガナ)				委任者と代理人との関係

※1 被保険者証に記載されている記号と番号(在職時の記号と番号)をご記入ください。

※2 原則、申請者ご本人の口座をご記入ください。

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

(R6.5)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

1 傷病名	右足首骨折	2 発病または負傷年月日	令和 6 年 4 月 8 日
申請内容	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
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	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	※3 令和 6 年 4 月 8 日 から 日数 31 令和 6 年 5 月 31 日 まで 日間
確認事項	1-① 「はい」と答えた場合、退職者給付の対象となった期間をご記入ください。	2	1. はい 2. いいえ
	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。	3	1. はい 2. 請求中 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 支給開始年月日	年金コード 年金額 円 □昭和 □平成 □令和 年 月 日
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。	3	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	
療養状況について	先月手術した後、経過良好で退院し、通院しながらリハビリを続けている。		
1 上記の申請期間(療養のため休んだ期間)における体調(症状および改善の状況)を教えてください。			

※3
3枚目(療養担当医記入用)の「労務不能と認めた期間」と相違がないか確認してください。
原則、暦月毎にご記入ください。

「療養担当者記入用」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

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)	令和	年	月	日
発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	() 日間
うち入院期間	令和	年	月	日から	() 日間
診療実日数	○で囲んでください。 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				

療養担当医の記入欄

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
**医療機関で記入(証明)を
依頼してください。**

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。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

令和 年 月 日



電話 ()

記入例

1	患者氏名	健保 太郎			
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折	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			(2)平成 年 月 日
		(3) 平成 年 月 日			(3)平成 年 月 日
	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	左肩部強打
4	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで	21 日間		
	うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
					<input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医
5	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	○で囲んでください。 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		
	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、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。				
	上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日				
	医療機関の所在地	東京都品川区△△△ 1-1			
	医療機関の名称	○△総合病院			
	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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。