

健康保険傷病手当金支給申請書(第 1 回)

※初回の場合は必ず「傷病手当金申請に伴う状況報告書」を添付してください。

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号-番号	被保険者の氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ		生年月日	年齢
	〇〇〇 - 〇〇〇〇	健康 太郎		昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇 平成	歳
	被保険者(請求者)の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇〇番 〇〇町 〇〇号			
	事業所の名称	〇〇〇〇〇株式会社		被保険者の業務の種別	事務職
	傷病名	右足首骨折		発病又は負傷年月日(療養開始日)	年 月 日
				発病又は負傷年月日(療養開始日)	年 月 日
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく	※ケガの場合は「いつ」「どこで」「どのようにして」ケガをしたのかを詳しく記入してください。 〇月〇日自宅で階段から落ちた。			業務上によるものですか
	第三者行為(交通事故等)によるものですか	はい・ いいえ	労災保険から休業給付を受けている期間の申請ですか	はい・労災請求中 いいえ	
	① 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から	日 数		
		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで	〇〇 日間		
上の①に書いた期間の部分の報酬を受けましたかまたは今後受けますか	はい・ いいえ	「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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として	円	
障害厚生(基礎)年金または障害手当金を受給していますか	はい・請求中・ いいえ	基礎年金番号・年金コード	年金額(年額)	円	
※「障害厚生(基礎)年金」または「障害手当金」を受給中の場合は、「年金証書・年金決定通知書」等のコピーを添付してください。					
障害厚生(基礎)年金または障害手当金の受給の原因となった傷病名					
※資格喪失者または任意継続被保険者の方のみ記入					
雇用保険の失業給付(失業保険)を受給していますか、または受けようとしていますか		はい・ いいえ			
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	はい・請求中・ いいえ	基礎年金番号・年金コード	年金額(年額)		
			円		
※「老齢または退職を事由とする公的年金」を受給中の場合は、「年金証書・年金決定通知書」等のコピーを添付してください。					
支 払 金 融 機 関	銀行名	支店名または店名	口座種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	〇〇銀行	〇〇支店	普通 ・当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	ケンコウ タロウ
郵便局	郵便局	記 号	の	番 号	口座名義人(カタカナ)
	9900				

(R3.7)

受付日付印

患者氏名					
傷病名		療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)		令和	年 月 日
発病又は負傷の原因		発病又は負傷の年月日		令和	年 月 日
傷病名		療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)		令和	年 月 日
発病又は負傷の原因		発病又は負傷の年月日		令和	年 月 日
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	
※労務不能と認めた期間については未来日は記入しないでください。証明日以前の期間を記入してください。					
上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	
転 帰		治癒 ・ 中止 繰越 ・ 転医		療養費用の別 健保 ・ 公費 自費 ・ その他	
診療実日数 (入院期間を含む)		日間	診療日及び入院 していた日を○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
				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
傷病の主症状 及び経過概要		(1) 上の期間中における「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) 医療機関で証明を受けてください (2) (1)による症状経過からみて、従来の職種について労務不可能と認められた医学的な所見 (3) (診療日0日の場合のみ記入) 診療なしで労務不可能と認められた医学的な所見を詳しく			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		人工透析の実施 または人工臓器を 装着した日	昭和 平成 令和	年 月 日	人工臓器 等の種類 人工肛門 ・ 人工関節 ・ 人工骨頭 心臓ペースメーカー ・ 人工透析 その他()
上記のとおり相違ありません。				証明日 令和 年 月 日	
医療機関の所在地		〒 —			
医療機関名					
担当医師氏名					
電話番号		— —			

療養を担当した医師の意見欄

被保険者氏名																		
復職状況		復職 ・ 復職予定 (令和 年 月 日) ・ 未復職																
労務に服さなかった期間		出勤は○で、有給は△で、公休は□で、欠勤は/でそれぞれ表示してください												出勤日数	有給日数			
令和 年 月 日から	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
令和 年 月 日まで	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
日間	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
給与の種類		月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他()										日額				円		
労務に服さなかった期間 の報酬支払の有無 ※通勤手当を除く		全部支給あり ・ 一部支給あり ・ 支給なし										賃金計算	締日	日				
		※支給ありの場合は下記の欄に記入してください。										支払日	当月 ・ 翌月	日				
一部支給ありの場合		出勤日のみ ・ 有給日のみ ・ 出勤日と有給日のみ ・ その他()																
事業主が証明する欄	支給した報酬の内訳(通勤手当を除く)	期間	基本額		月 日～ 月 日 日間	月 日～ 月 日 日間	月 日～ 月 日 日間	月 日～ 月 日 日間										
		報酬の名称			支給額	支給額	支給額	支給額										
	基本給	円		円	円	円	円											
	住宅手当	円		円	円	円	円											
	家族手当	円		円	円	円	円											
	手当	円		円	円	円	円											
	現物給与	円		円	円	円	円											
※欠勤控除等があれば計算方法をご記入ください。記入できない場合は詳細を添付してください。																		
会社で証明を受けてください																		
支給方法		日額支給 ・ 月額支給 ・ 定期券代支給 ・ 支給なし																
		※その他の支給方法の場合は詳細を記入してください。																
日額支給の場合		出勤日のみ ・ 出勤日と有給日のみ ・ その他										日額:	円	日分				
		※その他の場合は詳細を記入してください。																
支給した通勤手当の内訳		令和 年 月 分				月額				円								
		令和 年 月 分				月額				円								
		令和 年 月 分				月額				円								
定期券代支給の場合		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (支給額: 円)																
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (支給額: 円)																
		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (支給額: 円)																
※欠勤控除等があれば計算方法をご記入ください。記入できない場合は詳細を添付してください。																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和 年 月 日																		
事業所所在地																		
事業所名称																		
事業主氏名																		