

健康保険傷病手当金支給申請書(第 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 者 が 入 る こ ろ	被保険者の記号-番号		被保険者の氏名		生年月日		年齢	
	-		(フリガナ)		昭和		歳	
					平成			
	被保険者(請求者)の住所	〒 -		電話番号		- -		
	事業所の名称				被保険者の業務の種別			
	傷病名				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。					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 年 月 日 から				日 数	
令和 年 月 日 まで				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		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	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)	
	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

《給付関係》

療養を担当した医師の意見欄	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
			月	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)																		
	(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	— —																		

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			31
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			31
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 ※支給ありの場合は下記の欄に記入してください。										賃金計算	締日	日					
												支払日	当月 ・ 翌月	日					
事業主が証明する欄	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()																	
	報酬の名称	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			
				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。																			
支給した通勤手当の内訳	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				
	月額支給の場合	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。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 証明日 令和 年 月 日																			