

支給年月日	年 月 日
支給決定額	
報酬 月額	円
報酬 日額	円
支給 日数	日
支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日

常務理事	事務長	担当
資格取得日	年 月 日	
資格喪失日	年 月 日	
支給開始年月日	年 月 日	

健康保険 傷病手当金支給申請書

記号・番号	・	生年月日	昭和 年 月 日 平成
氏名・印	(フリガナ)	◎	*自署の場合は押印を省略できます
住所	〒 -	TEL (携帯可)	-
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 申請書の記載内容に疑義がある場合に、健保組合が直接関係機関に照会することに同意します。(同意する場合には <input checked="" type="checkbox"/>) *関係機関への照会は給付決定に必要な事項のため、同意いただけない場合は傷病手当金が支給できない可能性がありますのでご了承ください。			

傷病名	①	②	発病又は 負傷年月日	① 年 月 日 ② 年 月 日
該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> ケガ ⇒ 「負傷原因届」を合わせてご提出ください。			
療養のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
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)				

振込先	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義(カタカナ)
			普通	

① 障害厚生年金 又は 障害手当金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 障害手当金
*①で「はい」又は「請求中」と答えた場合 受給の要因となった(なる)傷病名 及び基礎年金番号等をご記入ください	受給原因傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 受給年金額 円
退職後の期間を請求される方は、以下もご記入ください。	
② 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい 名称() <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ
*②で「はい」又は「請求中」と答えた場合 基礎年金番号等をご記入ください	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 受給年金額 円
③ 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"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input type="checkbox"/> いいえ
*③で「はい」又は「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

被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者(申請者)・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと	
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。平成 年 月 日 氏名・印 ◎ 住所 「被保険者情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人)	住所 〒 - TEL(携帯可) - - 氏名・印 (フリガナ) ◎ 申請者と代理人との関係

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
 ●マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
 【被保険者のマイナンバー】

事業所担当印	受付日付印
--------	-------

労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間																				
勤務状況【出勤は○】【有給は△】【公休は公】【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																					
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 出勤 有給																				
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 日 日																				
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 日 日																				
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 日 日																				
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																				
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給																				
賃金計算	<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 支払日 当月・翌月																				
支給した(する)賃金	<table border="1"> <tr> <th>報酬の名称</th> <th>単価</th> <th>支給対象期間</th> <th>支給日</th> <th>支給額</th> </tr> <tr> <td></td> <td>円</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>日分 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>円</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>日分 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>円</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>日分 円</td> </tr> </table>	報酬の名称	単価	支給対象期間	支給日	支給額		円	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	日分 円		円	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	日分 円		円	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	日分 円
報酬の名称	単価	支給対象期間	支給日	支給額																	
	円	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	日分 円																	
	円	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	日分 円																	
	円	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	日分 円																	
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。																					
上記のとおり相違ないことを証明します。 記入日 年 月 日																					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ◎																					

患者氏名					
傷病名	①	療養の給付開始年月日	①	年 月 日	
	②	(初診日)	②	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		転記
労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
上記のうち入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間			
●診療日(外来診療日)を○で囲んでください					
診療実日数	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			
手術年月日	年 月 日	退院年月日	年 月 日		
上記期間における「主たる症状及び経過」「治療内容・検査内容・療養指導」等(詳しく)					
症状経過からみて従来の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とき	実施または装着した日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()		
上記のとおり相違ありません。 年 月 日					
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 TEL - - ◎					