

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

被保険者記入用

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者の (左づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 □ 1.昭和 年 月 日 2.平成 3.令和
	フリガナ	氏名		
	住所	〒 □□□□□□□□	都 道 府 県	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く □□□□□□□□□□

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ()	本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所
	預金種別	□ 1.普通 2.当座	口座番号 □□□□□□□□ □□□□□□□□
	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。)	

左づめでご記入ください。

口座名義 の区分	□ 1.被保険者(申請者) 2.受取代理人
-------------	--------------------------

※受取代理人は「事業所様」の口座に限ります。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の受取代理人に委任します。	
	氏名	令和 年 月 日	住所「被保険者情報」の住所と同じ。
	受取代理人 (口座名義人)	〒 □□□□□□□□	TEL (ハイフン除く) □□□□□□□□□□□□

被保険者との関係

氏名 (フリガナ)

添付書類

■は原本、○は第1回目請求時のみ

- 日常生活・療養状況申立書
- 委任状(同意書)
- 念書
- 申請期間の前3ヶ月分の出勤簿及び賃金台帳

注意事項

- ・被保険者死亡による請求の場合は、法定相続人名義の口座への振込が可能です。その場合、「被保険者(申請者)情報」及び「振込先指定口座」に法定相続人の情報をご記入ください。「受取代理人の欄」への記入は不要です。
- ・法定相続人が健康保険の被扶養者でない場合は、続柄がわかる戸籍謄(抄)本等の添付が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

①傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1)	②初診日	<input type="checkbox"/> 1.平成	年 月 日
	2)		<input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/>
	3)		<input type="checkbox"/> 1.平成	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/>

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）
2.ケガ⇒負傷原因届を併せてご提出ください。

④療養のため休んだ期間（申請期間）

令和 年 月 日 から 日数 日間
令和 年 月 日 まで

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

上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。

1.はい
2.いいえ

①-1 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった（なる）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

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等をご記入ください。
(「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入ください。)

傷病名

基礎年金番号

年金コード

支給開始年月 年 月 日

1.昭和 2.平成 3.令和

年金額 円

③ 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。

1.はい
2.請求中
3.いいえ

③-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。
「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。

基礎年金番号

支給開始年月 年 月 日

1.昭和 2.平成 3.令和

年金額 円

④ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(または過去に受けたことがありますか。)

1.はい 2.いいえ
3.労災請求中

④-1 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求中）の労働基準監督署をご記入ください。

労働基準監督署

埼玉県金属加工健康保険組合

「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

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は休】で、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。															出勤	有給	
	令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				31
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	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算		締日		日		支払日		1.当月 2.翌月		日			

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。

区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	月 日				
			日分	日分	日分	日分				
		支給額		支給額		支給額		支給額		
支給した(する)賃金内訳	基本給									
	通勤手当									
	手当									
	手当									
	手当									
	手当									
欠勤控除	※計算式は下記へ									
計										

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について詳しくご記入ください。

担当者
氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

令和

事業所名称

事業主氏名

電話番号

※ハイフン除く

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	(1)	②初診日	(1)	<input type="checkbox"/> 1.平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
		(2)		(2)	<input type="checkbox"/> 1.平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
		(3)		(3)	<input type="checkbox"/> 1.平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 発病	<input type="checkbox"/> 負傷										
	労務不能と認められた期間	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	から	<input type="text"/>	<input type="text"/>	まで	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間	発病または負傷の原因							
	うち入院期間	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	から	<input type="text"/>	<input type="text"/>	まで	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費 ()					
		令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								転帰	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 中止					
															<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医					
	診療実日数 (入院期間を含む)	<input type="text"/>	日	診療及び入院していた日を○で囲んでください。	<input type="text"/>	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
				<input type="text"/>	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
				<input type="text"/>	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
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)																					
												手術年月日	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
												退院年月日	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
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る医学的な所見																					
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	<input type="checkbox"/> 1.昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 2.平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3.令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<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。																					
医療機関所在地												令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
医療機関名称												電話番号		<input type="text"/>							
医師氏名												※ハイフン除く		<input type="text"/>							