

支給額	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日
標準報酬月額	円(第 級)	資格喪失	令 年 月 日
支給内訳	傷病手当 不支給額	円	支給期間
前回	始 令 年 月 日	支 令 年 月 日	自: 令 年 月 日
	終 令 年 月 日	支 令 年 月 日	至: 令 年 月 日
			( 日間)
		支 令 年 月 日	令 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 1 回目)

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 平成		
			<input type="checkbox"/> 令和		
住所	(〒 - )	TEL	( ) -		

※退職者/任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	銀行 ( ) 金庫 ( ) 信組 ( )		本店 ( ) 支店 ( )
	農協 ( ) 漁協 ( )		出張所 ( )
普通	口座番号	口座名義	

申請内容	1 傷病名	1) 2) 3)	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 病名(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	1. 病名 [発病時の状況(詳しく)] 2. ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください	4 療養の為休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間

確認事項	1 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(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。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 申請中 3. いいえ → <input type="checkbox"/> 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)傷病名およ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 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額
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"/> 1. はい 2. 労災請求中 (請求予定) 3. いいえ	
4-① 「はい」または「労災請求中」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。		

委任状	給付金の受領を次頁事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名(自署)	

※退職者/任意継続被保険者は記入しないでください。

受付日付印

※必要な場合には、負傷原因届をご提出いただくこともあります。

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 1 2 回目)

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	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日			
	令和 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	計	日			
	令和 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	計	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	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 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。							
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
				支給額	支給額	支給額	
	基本給						
	通勤手当						
	住居手当						
	扶養手当						
	現物給与						
計							
上記のとおり相違ないことを証明する。 請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。 事業所所在地 令和 年 月 日 事業所名称 事業主氏名							

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名						
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日		(1) 令和 年 月 日		
		(2)	療養の給付開始年月日(初診日)		(2) 令和 年 月 日		
		(3)	療養の給付開始年月日(初診日)		(3) 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	発病または負傷の原因			
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間				
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
	診療実日数	診療日を	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。	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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						
				手術年月日 令和 年 月 日			
				退院年月日 令和 年 月 日			
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						今後、労務可能と見込まれる日 令和 年 月 日 頃	
人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	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。 令和 年 月 日							
医療機関の所在地							
医療機関の名称							
医師の氏名 電話 ( )							