

健康保険 傷病手当金 支給申請書

※ 次ページに証明を受け、2枚一緒に提出してください。

被保険者	被保険者証	記号	番号	申請日
		氏名		令和 年 月 日

下記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。

申請内容	傷病名	発病 または 負傷年月日	令和 年 月 日
	該当の傷病が、ケガ(負傷)の場合 (受傷時の状況) ※別途「負傷原因届」も提出してください		
	療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	日間
あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請は在職中の内容)			

確認事項	療養のため休んだ期間に受けた報酬	<input type="checkbox"/> 全て支給を受けていない <input type="checkbox"/> 一部・全部の支給を受けた	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円	
	①障害厚生年金または障害手当金 ②老齢・退職を事由とする公的年金	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている または請求中	年金の種類	障害の場合 要因となった傷病名	基礎年金 番号	
		<input type="checkbox"/> 障害関連 <input type="checkbox"/> 公的年金	年金コード	支給開始年月日	令和 年 月 日	年金額
	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"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 労災請求中	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			
介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			

※ 障害年金、老齢退職年金等の給付がある場合には、支給開始年月および金額を証明する書類(年金額振込通知)等を添付してください。
※ 初回請求 及び 退職後請求の場合は、「状況報告書」(初回請求で傷病名がけがの場合は「負傷原因届」も含む)を添付してください。

※ 保険証の記号が「1300」の方や 請求時に退職されている方は、①振込先口座をご記入ください。(ゆうちょ銀行の取扱いはありません) 上記以外の方は、事業所経由で支給されますので ②委任状をご記入ください。

①振込先口座	金融機関名称	(銀行)(金庫)(組合) (その他)	(本店)(支店) (出張所)(支所)	預金種別	1.普通 2.当座
	口座番号	(フリガナ)	()	口座名義の区分	1.申請者 2.代理人

※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。

②委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。			
	被保険者(申請者) 住所 氏名	令和 年 月 日		

【被保険者のマイナンバー記載欄】 ※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

マイナンバーで申請の場合:1. 本人確認のため、番号通知カードの写し等も添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印

※ 労務に服することができなかった期間を含む貸金台帳または給与明細書と勤務表を添付してください。

事業主が証明するところ		療養のため休業した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	休業中の貸金	<input type="checkbox"/> 支給無し <input type="checkbox"/> 一部・全部を支給
被保険者氏名	定期代: <input type="checkbox"/> 支給あり <input type="checkbox"/> 支給なし	貸金の一部・全部を支給した場合 計算方法	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他	貸金計算 締日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	支給期と支給額 月 日から 月 日まで (日間)
	通動手当 支給月: 月 (ヵ月分)		支給額: 円		
上記のとおり相違ないことを証明します。					担当者氏名
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					電話 ()

療養を担当した医師が意見を記入するところ						
患者氏名	労務不能と認められた主傷病名					
発病・負傷の原因	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	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医		
発病・負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付開始年月日(初診日)	令和 年 月 日			
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	診療実日数	日	左記のうち入院の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容」、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」等(詳しく)						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関の所在地 医療機関の名称 担当した医師の氏名						
電話 ()						

※以下健保使用欄

資格取得日	平成 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	支給開始日	令和 年 月 日
A. 平均標準報酬月額	円	B. 月から算出した日額	円	C. Bの日額の2/3	円
障害年金・手当金	令和 年 月 日から 年額: 円/日額: 円	老齢(退職)年金	令和 年 月 日から 年額: 円/日額: 円		
算出内訳	支給期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	支給額				