在職者用

※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所に二重線を引き、**被保険者（申請者）のサインまたは押印**をお願いします。修正液等は使用しないでください。

支給額					円

健康保険　傷病手当金　支給申請書　（第　　回目）

（被保険者記入用）

被保険者（申請者）情報

① 被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。	
② 氏名	（フリガナ）	③ 被保険者の生年月日	昭和 平成　年　月　日
④ 住所	〒　－　都・道 府・県		
		⑤ 電話番号（日中の連絡先）	（　　）
⑥ 事業所名称		⑦ 提出委任	☐ 本申請の提出を事業主へ委任します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）

初回のご申請の方へ

初回のご申請の方は下記の項目を記入（2回目以降の方は記入不要です）

※「今回の傷病手当金の申請開始日より1年以内に当組合の資格を取得された方」は、下記の回答に関わらず、別途健康保険等加入状況の申告書が必要となります。ご記入のうえご提出をお願いいたします。

⑧当組合加入以前に傷病手当金を受給したことはありますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ	※回答に関わらず、過去に加入していた保険者（健康保険組合等）に対し照会をさせていただく場合がございます。
⑨ 今回の申請期間以前の傷病手当金の申請を希望しますか。	☐ はい ☐ いいえ	※今回の申請期間より前に同傷病にて療養のため休業していた場合、遡り申請をするか否かの確認です。 ※遡り申請する場合、担当医師による労務不能と認めた意見書が必要になりますので、担当医師にご相談ください。相談の結果、医師の意見書の交付が受けられないときは「いいえ」にしてください。

申請内容

⑩ 主傷病名		⑪ 発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日 午前・午後　時　分頃　☐ 不詳
⑫ 発病時の状況またはケガの原因（詳しくご記入ください）	※ 仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、健保組合と勤務先にご連絡ください。	⑬ 仕事の内容（具体的に）	
⑭ 療養のため休んだ期間（申請期間） ※ 初回の申請の場合、待期期間も含めてご記入ください。	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで 出勤のため、上記の期間から除く日　注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/8～3/11、3/22、3/27）		
⑮ 上記期間に報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。	☐ はい ☐ いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	令和　年　月　日　から　報酬額 令和　年　月　日　まで　円
⑯ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☐ 請求予定 ☐ いいえ	「はい」、「請求中」または「請求予定」の場合、右欄（のわかる項目）をご記入ください。	傷病名　年金の種類　☐ 障害厚生年金　☐ 障害手当金 支給開始(改定)年月日　年　月　日 基礎年金番号： 年金コード：　年金額　円
⑰ 労災保険から休業補償を受けていますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署

◎振込先には②欄の被保険者（申請者）の口座または事業所より届出されている口座をご記入ください。

振込先

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は✓、利用しない場合は下記の欄を記入）		
金融機関名称	銀行コード 銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
	支店コード 支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号	
口座名義（カタカナで記入）	※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。	口座名義区分	☐ 被保険者（申請者） ☐ 事業所の受領代理人

◎今回の給付金の受取を事業所に委任する場合はご記入ください。

委任状

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
受領代理人	氏名

受付日付印

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師等記入用」も必ずご提出ください。

東京都電機健康保険組合　（R6.12）

在職者用　**健康保険 傷病手当金 支給申請書**（事業主／医師等記入用）

【事業主の皆様へ】

・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に**事業主のサインまたは押印**をお願いします。
・申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しをご添付ください。
・下記「※1　㋕証明日」は「㋑労務に服さなかった期間」の末日以降の日付をご記入ください。

事業主が証明するところ

㋐ 被保険者氏名					
㋑ 労務に服さなかった期間 ※1	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで			㋒ この期間に賃金を支給しました（します）か。	□ はい □ いいえ
	出勤のため、上記の期間から除く日　注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/8～3/11、3/22、3/27）				
㋓ 被保険者の	給与体系	□月給　□日給　□時間給 □その他（　　）	賃金計算	締日　日	給与支払日 □ 当月 □ 翌月　日
㋔ 社会保険料の徴収をしましたか	□ はい　□ いいえ		㋕ ㋔で「いいえ」と答えた場合 今度徴収する予定はありますか	□ はい　□ いいえ	

㋖ 上記の期間に対して、報酬の全部または一部支給した（する）場合				
年　月　日 ～ 年　月　日	日間	円	日額	円
年　月　日 ～ 年　月　日	日間	円	日額	円
年　月　日 ～ 年　月　日	日間	円	日額	円
年　月　日 ～ 年　月　日	日間	円	日額	円

上記のとおり相違ないことを証明します。　㋗ 令和　年　月　日 ※1

㋘ 所在地

㋙ 事業所名称

㋚ 事業主氏名　電話番号　（　　）

【療養を担当した医師の方へのお願い】

・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に**ご担当医のサインまたは押印**をお願いします。
・下記「※2　Ⓛ証明日」は、「Ⓔ労務不能と認めた期間」の末日以降の日付をご記入ください。

保険料補助	
※　健保使用欄	円

医師等が意見を記入するところ

Ⓐ 患者氏名			
Ⓑ 主傷病名（労務不能と認めた主傷病）		Ⓒ 療養の給付開始年月日（初診日）	平成 令和　年　月　日
Ⓓ 発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日　□発病　□負傷	Ⓖ 発病または負傷の原因	
Ⓔ 労務不能と認めた期間 ※2	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで		
Ⓕ うち入院期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	Ⓗ 転　帰	□ 治癒　□ 中止　□ 継続　□ 転医

Ⓘ　主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）

この期間の傷病状態	
この期間の治療状況	
前月の症状との比較	

Ⓙ　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所見

Ⓚ　人工透析を実施または人工臓器を装着したとき

人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日

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（　　）

記載内容について相違ありません。　Ⓛ 令和　年　月　日 ※2

Ⓜ 所在地

Ⓝ 医療機関名

Ⓞ 医師氏名

電話番号　（　　）