

# 在職者用

支給額									円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回目) (被保険者記入用)

被保険者情報	① 被保険者証	記号	番号	② 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	
	③ 氏名	(フリガナ)			④ 生年月日	昭・平	年	月	日
	⑤ 住所	〒 ー 都・道 府・県							
	⑦ 事業所名称				⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	( )			
					⑧ 提出委任	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> )			

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。

初回のご申請の方へ	⑨ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 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。
	⑩ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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られ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	⑪ 主傷病名			⑫ 発病又は負傷年月日 (不詳の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )	平成 年 月 日
	⑬ 発病時の状況又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	※ 仕事中、通勤路上、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。		⑭ 仕事の内容 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 不詳
	⑮ 療養のため休んだ期間 (申請期間) ※ 初回の申請の場合、待期間も含めご記入ください。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 上記の期間のうち出勤した日 注: 具体的な日付をご記入ください。(例.3/10~3/15、3/18、3/29)			
	⑯ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 令和 年 月 日 まで	報酬額 円
	⑰ 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"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と支給開始年月日、基礎年金番号等	傷病名	年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
	⑱ 労災保険から休業補償を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	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	
労働基準監督署					

◎振込先には被保険者(③欄の方)の口座をご記入ください。

振込先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、下記の口座情報の記入は不要です。)			
	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)	口座名義区分 <input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人			

◎事業所への委任の場合のみご記入ください。

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。
	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。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

【事業主の皆様へ】

- ・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所<sup>①</sup>に事業主のサインまたは押印をお願いいたします。
- ・第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。(2回目以降の申請の際も原則添付してください)
- ・下記「※1 ⑦証明日」は申請期間の賃金の締め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	⑦ 被保険者氏名											
	① 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	⑦ この期間に賃金を支給しました(します)か。	<input type="checkbox"/> はい								
		令和 年 月 日 まで	日間	<input type="checkbox"/> いいえ								
	上記の期間のうち出勤した日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/10~3/15、3/18、3/29)											
	④ 被保険者の	給与体系	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日	給与支払日	<input type="checkbox"/> 当月	日	
			<input type="checkbox"/> その他( )							<input type="checkbox"/> 翌月		
	⑤ 社会保険料の徴収をしましたか	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ			⑧ ④で「いいえ」と答えた場合 今度徴収する予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ
	⑥ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(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。												
⑦ 令和 年 月 日 ※1												
⑦ 所在地												
⑧ 事業所名称												
⑨ 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いたします。
- ・下記「※2 ①証明日」は、「⑥労務不能と認められた期間」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	① 患者氏名										
	② 主傷病名 (労務不能と認められた主傷病)	③ 療養の給付開始年月日 (初診日)	平成 令和 年 月 日								
	④ 発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	⑤ 発病又は負傷の原因							
	⑥ 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							
	⑦ うち入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	⑧ 転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医					
	① 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										
	② 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										
⑨ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	記載内容について相違ありません。 ③ 令和 年 月 日 ※2										
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日	④ 所在地										
平成 令和 年 月 日	⑤ 医療機関名										
人工臓器等の種類	⑥ 医師氏名										
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭	電話番号 ( )										
<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 ( )											