

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*)	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 不詳
	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)		
	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^①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。

※ 健保使用欄	保険料補助	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 年 月 日							
	④ 発病又は負傷年月日	平成 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。 ⑩ 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				⑪ 所在地							
平成 年 月 日				⑫ 医療機関名							
人工臓器等の種類				⑬ 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 ()											