

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等（右つめ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名（フリガナ） 〔自署の場合 押印省略可〕	-----		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	（〒 - ）		都 道			
電話番号 （日中の連絡先）	☎	（ ）	府 県			

申請内容	1 傷病名	1)	2)	3)			
	2 発病または負傷年月日	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日
	3 該当の傷病は 病気（疾病）ですか、 ケガ（負傷）ですか。	<input type="checkbox"/>	1. 病気〔発病時の状況：〕 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください				
	4 療養のため休んだ期間 （申請期間）	令和	年 月 日 から	日数	日間	5 あなたの仕事の内容 〔退職後に申請する場合は 退職前の仕事の内容〕	

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。今後受けられますか。	<input type="checkbox"/>	1. はい → 2. いいえ	「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	令和	年 月 日 まで	の分として	円
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を 受給していますか。	<input type="checkbox"/>	1. はい → 2. 請求中 3. いいえ	「はい」と答えた場合、 どちらを受給していますか。	<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）傷病名及び 基礎年金番号をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、傷病名及び 基礎年金番号をご記入ください。〕	傷病名	支給開始年月日	年 月 日	年金額	円				
		基礎年金番号	年金コード							
	3 （健康保険の資格を喪失した方、または任意継続被保険者の方はご記入ください。）	老齢または退職を事由とする 公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/>	1. はい → 2. いいえ	「はい」と答えた場合、 その名称をご記入ください。	名称				
3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、 基礎年金番号をご記入ください。〕	支給開始年月日	年 月 日	年金額	円						
	基礎年金番号	年金コード								
4 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 3. いいえ	「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。	労働基準監督署						
5 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							

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 その他（ ）	本店 支店 出張所 支所
	預金種別	普通	口座番号

「事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	患者の氏名																														
	傷病名	1)		2)		3)																												
	療養の給付開始 年月日(初診日)	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日																					
	発病または 負傷の年月日	平成 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	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																		
	診療実日数	診療日を ○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
			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
			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																																		
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき																		人工透析の実施または 人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 平成 <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"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <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																																		
印 電話 ()																																		

記入例

1	被保険者の 記号・番号	記号 ○○	番号 △△△	患者の氏名	電設 太郎																					
2	傷病名	1) 鎖骨骨折		2)	3)																					
3	療養の給付開始 年月日(初診日)	平成 26年 4月 22日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日																					
4	発病または 負傷の年月日	平成 26年 4月 22日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因 左肩部強打																						
	労務不能と 認められた期間	平成 26年 4月 22日 から 平成 26年 5月 12日 まで	21日間																							
	うち入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	療養費用 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																			
5	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	4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 5月: ① 2 3 4 ② 6 7 8 9 10 11 ③ 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日																							
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)																										
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。 固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要だったため、 労務不能と判断した。																										
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき																		人工透析の実施または 人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 平成 <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"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()
上記のとおり相違ありません。																										
平成 26年 5月 21日																										
医療機関の所在地 △△県 △△市 △△町 △△△-△△																										
医療機関の名称 △△△△総合病院																										
医師の氏名 伊藤 梅子																										
印 電話 △△△ (△△△) △△△△																										

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められた期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。