

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

|                                    |   |                     |   |  |       |              |
|------------------------------------|---|---------------------|---|--|-------|--------------|
| 被保険者が記入するところ                       | 被保険者証の記号・番号                                       |                     | 生年月日                                    |  | 事業所名  |              |
|                                    | -   |                     | 昭<br>平                                  | 年 月 日  |       |              |
|                                    | 被保険者(請求者)の氏名と印                                    | (フリガナ)              | 印                                       | 具体的な業務内容   |       |              |
|                                    | 被保険者の住所   | (フリガナ)              |   |  |       |              |
|                                    |   |                     |   |  |       | 連絡先TEL ( ) - |
|                                    | 傷病名とその傷病の発病(負傷)年月日                                | ①                   |   |  |       | ① 平成 年 月 日   |
|                                    |   | ②                   |   |  |       | ② 平成 年 月 日   |
|                                    | 療養のため休んだ期間(申請期間)                                  | 平成 年 月 日 から         | 平成 年 月 日 まで                             | ( 日間)  |       |              |
|                                    | 発病(負傷)の状態   |                     |   |  |       |              |
|                                    | 第三者行為(交通事故等)によるものですか。                             | 1. はい 2. いいえ        |   | 「1.はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。  |       |              |
| 業務災害・通勤災害等で労災保険から休業(補償)給付を受けていますか。 | 1. はい 2. いいえ 3. 労災請求中                             |                     | 「1.はい」の場合は「休業(補償)給付支給決定通知書の写しを添付してください。 |  |       |              |
| 障害年金等の受給の有無                        | 「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらかを選択してください。 | 1. はい 2. いいえ 3. 請求中 |   | 【添付書類】<br>「はい」の場合は、以下の書類を添付してください。<br>①年金証書の写し。<br>②直近の「年金振込通知書」または「年金改定通知書」の写し。<br>「請求中」の場合は以下の書類を添付してください。<br>①「年金見込額照会回答票」の写し。<br>☆年金等の支給日額が傷病手当金支給日額より多い場合、傷病手当金の支給はありません。 |       |              |
|                                    | 受給中または請求中の障害年金等の傷病名                               | 1. 障害年金 2. 障害手当金    |   |  |       |              |
|                                    | 受給中の場合は、支給開始年月日、年額を記入してください。                      | 支給開始年月日             | 年 額                                     |  |       |              |
| 退職後の場合                             | 「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。                     | 1. はい 2. いいえ 3. 請求中 |   |  |       |              |
|                                    | 受給中の場合は、支給開始年月日、年額を記入してください。                      | 支給開始年月日             | 年 額                                     |  |       |              |
| 振込口座                               | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合                                |                     | 本店<br>支店                                |  | 普通 当座 |              |
|                                    | 口座番号  | (フリガナ)              |   | 口座名義   |       |              |

### 【注意事項】

1. 事業主(会社)の証明を受けてください。(退職後の場合は不要です。)
2. 初回申請時には「給付に関する同意書」を提出してください。
3. 退職後の期間の申請には「傷病手当金状況説明書」を添付してください。

|   |  |            |            |      |            |                  |      |    |   |   |
|---|--|------------|------------|------|------------|------------------|------|----|---|---|
| 療養を担当した医師が記入するところ   | 患者氏名   |            |            | 生年月日 | 昭和<br>平成   | 年                | 月    | 日  | 生 |   |
|   | 傷病名<br>(発病又は負傷年月日)   | ①          | (平成 年 月 日) |      | 療養の給付開始年月日 | ①                | 平成   | 年  | 月 | 日 |
|   |  | ②          | (平成 年 月 日) |      |            | ②                | 平成   | 年  | 月 | 日 |
|   | 労務不能と認められた期間<br>(未来日は記入しないでください。)  | 平成 年 月 日から |            |      | 日間         | 左記の期間中の<br>診療実日数 |      |    |   | 日 |
| 傷病の主症状及び経過  | ・投薬の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>・療養の指示内容・経過概要(検査や手術など、できるだけ詳しくご記入ください。)<br>・療養のため労務不能と認められた医学的所見 |            |            |      |            |                  |      |    |   |   |
| 上記のとおり相違ありません。<br>平成 年 月 日 医療機関所在地<br>名称<br>医師氏名 印<br>電話( ) - |  |            |            |      |            |                  |      |    |   |   |
| 事業主が証明するところ   | 被保険者氏名   |            |            |      |            |                  |      |    |   |   |
|   | ①労務に服さなかった期間   | 平成 年 月 日から |            |      | 日間         | ①の期間中の出勤日数と有給日数  | 出勤日数 | 日間 |   |   |
|   |  | 平成 年 月 日まで |            |      |            |                  | 有給日数 | 日間 |   |   |
|   | ①の期間中の分として支払う報酬等   | 平成 年 月 日から |            |      | 日間         | 全額               |      |    |   |   |
| 平成 年 月 日まで  |  |            |            | 一部支給 |            |                  |      |    |   |   |
| 平成 年 月 日から  |  |            |            | 日間   |            |                  | 円    |    |   |   |
|   | 平成 年 月 日より   |            |            | 無給   |            |                  |      |    |   |   |
| 上記のとおり相違がないことを証明します。<br>平成 年 月 日<br>事業主(又は代理人) 住所 氏名 印        |  |            |            |      |            |                  |      |    |   |   |