

健康保険 傷病手当金支給申請書

|        |                             |          |    |                     |                |
|--------|-----------------------------|----------|----|---------------------|----------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号                  | 記号       | 番号 | 所属事業所及び部署名          | 電話(内線)         |
|        | 氏名                          | フリガナ     |    | 生年月日                | 昭和 年 月 日<br>平成 |
|        | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先) | 〒 電話 ( ) |    |                     |                |
|        | 社員番号                        |          |    | メールアドレス<br>(日中の連絡先) |                |

|                                       |                                                   |                                                   |                      |                                  |       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-------|
| 申請内容                                  | 傷病名                                               | 1)                                                | 発病または<br>負傷年月日       | 平・令 年 月 日                        |       |
|                                       |                                                   | 2)                                                |                      | 平・令 年 月 日                        |       |
|                                       |                                                   | 3)                                                |                      | 平・令 年 月 日                        |       |
|                                       | 発病または<br>負傷の原因                                    |                                                   |                      |                                  |       |
|                                       | 第三者の行為<br>によるものですか                                | はい ・ いいえ<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。                  | 業務上、通勤途上<br>によるものですか | はい ・ いいえ<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |       |
|                                       | 傷病のため<br>休んだ期間                                    | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間                        |                      |                                  |       |
|                                       | ■上記の傷病のため休んだ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」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。                   |                                                   |                      | 報酬額                              | 円     |
|                                       | 報酬支払期間                                            | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間                        |                      |                                  |       |
|                                       | ■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。           |                                                   |                      | 受給中 ・ 請求中 ・ どちらでもない              |       |
|                                       | 受給中・請求中の方は下記に記入してください。                            |                                                   |                      |                                  |       |
|                                       | 年金等の種別                                            | 1. 障害年金      2. 障害手当金      3. 老齢年金      4. その他( ) |                      |                                  |       |
|                                       | 傷病名                                               |                                                   |                      | 年金額                              |       |
|                                       | 基礎年金番号                                            |                                                   |                      | 支給開始日                            | 年 月 日 |
| ■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。 |                                                   |                                                   | 受給中 ・ 請求中 ・ どちらでもない  |                                  |       |
| 給付等の種別                                | 1. 失業給付      2. 休業補償給付 ( 労働基準監督署 )      3. その他( ) |                                                   |                      |                                  |       |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

|     |                                        |     |  |
|-----|----------------------------------------|-----|--|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 |     |  |
|     | 被保険者(申請者)                              | 氏 名 |  |
|     | 代理人<br>(実際に給付を受領する者)                   | 氏 名 |  |

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

|       |         |                             |      |       |                |  |
|-------|---------|-----------------------------|------|-------|----------------|--|
| 振込先情報 | 金融機関コード |                             |      | 支店コード |                |  |
|       | 金融機関名称  | 銀 行      本店<br>信用金庫      支店 |      |       |                |  |
|       | 預金種別    | 普通      その他<br>当座      ( )  | 口座番号 |       | 口座名義<br>(カタカナ) |  |

|    |                                                                                                                                                              |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 備考 | 個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)                                                                                                                                |  |
|    | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。<br>①通知カードの写し    ②個人番号記載の住民票の写し    ③個人番号カード(両面)の写し    のいずれか1点<br>・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し    のいずれか1点 |  |

受付日付印

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

|                                                          |                                       |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                |       |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|---|---|---|----|----|---|---|---|----|----------------|-------|---|---|---|
| 療養担当医師の意見                                                | 患者氏名                                  |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    | 発病または<br>負傷年月日 | 平・令   | 年 | 月 | 日 |
|                                                          | 傷病名                                   | 1) |   |   |   |    |    |   |   |   |    | 療養を開始<br>した年月日 | 平・令   | 年 | 月 | 日 |
|                                                          |                                       | 2) |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                | 平・令   | 年 | 月 | 日 |
|                                                          |                                       | 3) |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                | 平・令   | 年 | 月 | 日 |
|                                                          | 発病または<br>負傷の原因                        |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                |       |   |   |   |
|                                                          | 労務不能と<br>認めた期間                        | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | 日間             | 診療実日数 | 日 |   |   |
|                                                          | 入院した場合<br>はその期間                       | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | 日間             |       |   |   |   |
|                                                          | 傷病の主たる症状及び経過概要、<br>治療内容等              |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                |       |   |   |   |
|                                                          | 症状経過からみて従来の職種について<br>労務不能と認められた医学的な所見 |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                |       |   |   |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。医療機関の所在地<br>令和 年 月 日 医療機関の名称<br>医師の氏名 |                                       |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |                |       |   |   |   |

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

|                                                      |                                                |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------|--------|---|------------------------------------------------------------|---|-----|------------------------------------------------------------|----|----|----------|-----|------|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 事業主証明欄                                               | 被保険者氏名                                         |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                                                      | 勤務状況 【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。 |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 出勤 | 有給 |    |    |   |   |
|                                                      | 令和 年 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 | 日 | 日 |
|                                                      | 令和 年 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 | 日 | 日 |
|                                                      | 令和 年 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 | 日 | 日 |
|                                                      | 上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か                       |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    | はい ・ いいえ |     | 賃金計算 | 締日 | 日  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                                                      | 給与の種類                                          | 月給<br>時間給 | 日給<br>歩合給 | 日給月給<br>その他( ) | 通勤費の支給 |   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |   | 支払日 | <input type="checkbox"/> 当月<br><input type="checkbox"/> 翌月 |    | 日  |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                                                      | 上記の期間中に<br>かかる分として<br>支払った報酬<br>(給与・賃金等)       | 支給期間      |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          | 支給額 |      |    |    | 支払日 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                                                      |                                                | 年         |           | 月              |        | 日 |                                                            | ～ |     | 年                                                          |    | 月  |          | 日   |      | 円  |    | 月   |    | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                                                      |                                                | 年         |           | 月              |        | 日 |                                                            | ～ |     | 年                                                          |    | 月  |          | 日   |      | 円  |    | 月   |    | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 年                                                    |                                                | 月         |           | 日              |        | ～ |                                                            | 年 |     | 月                                                          |    | 日  |          | 円   |      | 月  |    | 日   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 現在まで、または<br>将来も支給しない<br>場合はその理由                      |                                                |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 賃金計算方法<br>(欠勤控除等)                                    |                                                |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。事業所所在地<br>令和 年 月 日 事業所名称<br>事業主氏名 |                                                |           |           |                |        |   |                                                            |   |     |                                                            |    |    |          |     |      |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。