≪給付関係≫

様式第4号

健康保険傷病手当金支給申請書(第 1 回)

※初回の場合は必ず「傷病手当金申請に伴う状況報告書」を添付してください。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号				被保険者の氏名	生年月日
記号	○○○	番号	○○○○○	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者(申請者)の住所	〒 ○○○ － ○○○○ ○○県 ○○市 ○○町 ○丁目○○番○○町○○号	電話番号	○○ － ○○○○ － ○○○○
事業所の名称	○○○○○株式会社		
仕事の内容(具体的に)	駅売店販売員		
傷病名	右足首骨折	発病又は負傷年月日	平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
		発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日
発病の状態または負傷(ケガ)の原因、状態等を詳しく	※負傷(ケガ)の場合は「いつ」「どこで」「どのようにして」負傷(ケガ)をしたのかを詳しく記入してください。 ○月○日自宅で階段から落ちた。		

第三者行為(交通事故等)によるものですか	はい ・ いいえ	労災保険から休業給付を受けている期間の申請ですか	はい ・ 労災請求中 ・ いいえ
療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 まで	日数	○○ 日間
障害厚生(基礎)年金または障害手当金を受給していますか	はい ・ 請求中 ・ いいえ	基礎年金番号・年金コード	年金額(年額) 円

※「障害厚生(基礎)年金」または「障害手当金」を受給中の場合は、直近の「年金振込通知書」「年金額改定通知書」等のコピーを添付してください。

障害厚生(基礎)年金または障害手当金の受給の原因となった傷病名	

※資格喪失者または任意継続被保険者の方のみ記入

雇用保険の失業給付(失業保険)を受給していますか、または受けようとしていますか	はい ・ いいえ		
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	はい ・ 請求中 ・ いいえ	基礎年金番号・年金コード	年金額(年額) 円

※「老齢または退職を事由とする公的年金」を受給中の場合は、直近の「年金振込通知書」「年金額改定通知書」等のコピーを添付してください。

支払金融機関	金融機関名	支店名または店名	口座種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	○○銀行	○○支店	普通 ・ 当座	○○○○○○○	ケンコウ タロウ

(R7.1)

受付日付印

療養を担当した医師の意見欄

患者氏名			
傷病名		療養の給付開始年月日 （貴院での初診日）	令和　年　月　日
発病又は負傷の原因		発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日
傷病名		療養の給付開始年月日 （貴院での初診日）	令和　年　月　日
発病又は負傷の原因		発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで		日間

※労務不能と認めた期間については未来日は記入しないでください。**証明日以前の期間**を記入してください。

上の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで		日間
転　帰	治癒　・　中止 繰越　・　転医	療養費用の別	健保　・　公費 自費　・　その他

診療実日数 （入院期間を含む）	日間	診療日及び入院していた日を〇で囲んでください	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

傷病の主症状 及び経過概要	(1) 上の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく） **医療機関で証明を受けてください** (2) (1) による症状経過からみて、従来の職種について労務不可能と認められた医学的な所見 (3) (診療日0日の場合のみ記入) 診療なしで労務不可能と認められた医学的な所見を詳しく

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	昭和 平成　年　月　日 令和	人工臓器等の種類	人工肛門　・　人工関節　・　人工骨頭 心臓ペースメーカー　・　人工透析 その他（　　）

上記のとおり相違ありません。　　証明日　令和　年　月　日

医療機関の所在地　〒　　—

医 療 機 関 名

担当医師氏名

電 話 番 号　　—　　—

事業主が証明する欄

被保険者氏名	
復職状況	復職　（令和　　年　　月　　日）　・　未復職

労務に服さなかった期間	出勤は〇で、有給は△で、公休は□で、欠勤は/でそれぞれ表示してください			出勤日数	有給日数
令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで 日間	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
	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

給与の種類	月給　・　日給　・　時間給　・　その他（　　）	
労務に服さなかった期間 の報酬支払の有無 ※通勤手当を除く	全部支給あり　・　一部支給あり　・　支給なし ※支給ありの場合は下記の欄に記入してください。	有給日額　　円

支給した報酬の内訳（通勤手当を除く）	一部支給ありの場合	出勤日のみ　・　有給日のみ　・　出勤日と有給日のみ　・　その他（　　）				
	期間 / 報酬の名称	基本額	月　日～月　日 日間	月　日～月　日 日間	月　日～月　日 日間	月　日～月　日 日間
			支給額	支給額	支給額	支給額
	基本給	円	円	円	円	円
	住宅手当	円	円	円	円	円
	家族手当	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円
	現物給与	円	円	円	円	円
	※欠勤控除等があれば計算方法をご記入ください。記入できない場合は詳細を添付してください。 **会社で証明を受けてください**					

支給した通勤手当の内訳	支給方法	日額支給　・　月額支給　・　定期券代支給　・　支給なし ※その他の支給方法の場合は詳細を記入してください。	
	日額支給の場合	出勤日のみ　・　出勤日と有給日のみ　・　その他 ※その他の場合は詳細を記入してください。	日額:　　円　　日分
	月額支給の場合	令和　　年　　月分	月額　　円
		令和　　年　　月分	月額　　円
		令和　　年　　月分	月額　　円
	定期券代支給の場合	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（支給額:　　円）	
		令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（支給額:　　円）	
		令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（支給額:　　円）	
	※欠勤控除等があれば計算方法をご記入ください。記入できない場合は詳細を添付してください。		

上記のとおり相違ないことを証明します。　　証明日　令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名