

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	(フリガナ) コウサイカイ ケンポ 弘済会 けんぽ				昭和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	
									平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	
	被保険者 (申請者) の住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇町〇〇号				電話番号		〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
	事業所 の名称		〇〇〇〇〇株式会社 ※もともと所属の社名													
	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 〇 年 〇 月 〇 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。 〇月〇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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から						日 数								
		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで						〇〇 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)						
						年金番号・年金コード記入				金額記入 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		傷病名記入														
※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)						
						年金番号・年金コード記入				金額記入 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)					
	〇〇銀行		〇〇支店		普通 当座		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				コウサイカイ ケンポ					

(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○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 (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 — —																																																										