

健康保険傷病手当金支給申請書(第 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

被保険者の記号・番号				被保険者の氏名				生年月日					
記号		番号		(フリガナ)				昭和		年 月 日			
								平成		年 月 日			
被保険者(申請者)の住所		〒		-		電話番号		-		-			
事業所の名称													
仕事の内容(具体的に)													
傷病名								発病又は負傷年月日		平成 年 月 日			
								発病又は負傷年月日		平成 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。											
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						日 数					
		令和 年 月 日 まで						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)		
					普通・当座								

(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
			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)																																	
	(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 令和	年	月	日	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	— —																																	

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○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	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
令和 年 月 日まで	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
日間	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
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										有給日額	円					
		※支給ありの場合は下記の欄に記入してください。																
事業主が証明する欄	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（ ）																
	報酬の名称	期間	月 日～ 月 日 日間			月 日～ 月 日 日間			月 日～ 月 日 日間			月 日～ 月 日 日間						
		基本額	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。																	
	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									日額:	円	日分					
		※その他の場合は詳細を記入してください。																
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																		