

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 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)				昭和			
									平成			
	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	
							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。									
	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	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) (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 — —																																							