

常務理事	事務長		

## 健康保険 傷病手当金支給申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号										被保険者の生年月日				届書種別	受付年度		通番				グループ		
昭和平成令和										年	月	日	01	令和	※	年					※		
被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)								被保険者の資格を取得した年月日		年 月 日		あなたの仕事の具体的な内容									
被保険者(申請者)の住所		郵便番号	(フリガナ)								都道府県		電話		( )								
[受取人情報]/[被保険者情報]																							
傷病名	1)	年 月 日		※初診日		年 月 日		※起算日		年 月 日		※前回記録		※請求年月日		年 月 日		※特別支給コード		※回収			
	2)	年 月 日		年 月 日		年 月 日		0:なし		※労務不能日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
	3)	年 月 日		年 月 日		年 月 日		1:あり		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
発症時の状況を詳しく(負傷の場合は「負傷原因記入欄」を記入してください。)										第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。</small>													
療養のために休んだ期間(申請期間)										平成令和 年 月 日 から		平成令和 年 月 日 まで		日間		自 年 月 日		至 年 月 日					
上記の療養のために休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。										<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		<input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない											
上段で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。										平・令 年 月 日 から		平・令 年 月 日 まで		円									
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金											
上段で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。																							
上段で、「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)										基礎年金番号		年金コード											
										支給開始年月日		年金額		円									
資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中													
上段で、「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)										基礎年金番号		年金コード											
										支給開始年月日		年金額		円									
労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中													
上記で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。										支給(請求)労働基準監督署名													
										労働基準監督署													
介護保険法のサービスを受けたとき										保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		保 険 者 名 称									
※	減額1	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分		0:障害年金等以外 1:障害年金等						
	減額2	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分		0:障害年金等以外 1:障害年金等						
	減額3	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分		0:障害年金等以外 1:障害年金等						
	不支給1	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	不支給2	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	103条 0:非該当	104条 0:非該当	108条 0:非該当
	不支給3	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	不支給4	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	1:該当	1:該当	1:該当
不支給理由	法定支給額										円	支給日数	日	支払方法	2:個人払い 3:その他								

振 込 希 望 口 座	1 金融機関									
	金融機関コード					銀行 金庫 信組			店・本店 支店・出張所	
	※					信連・信漁連 農協・漁協			本所・支所 本店・支店	
	預金 種別		1:普通 2:当座			口座 番号		口座 名義 (フリガナ)		

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日									
	被保険者 住 所 (申請書) 氏 名					(印)				
	代理人の 氏名と印		(フリガナ)			委任者と 代理人 との関係				
	代理人の 住 所		(〒 - )			電話 ( )				

**負傷原因記入欄**

初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する口に(☑)してください。)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<b>[負傷日時・場所等]</b>					<b>[受診した医療機関]</b>				
	1.いつケガ(負傷)をしましたか。 平成・令和 年 月 日 ( 曜日)					7.診療を受けた医療機関とその機関等				
	□午前・□午後 時 分頃					医療機関名 _____ 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 □ 治癒・□ 治癒中				
	2.ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。					医療機関名 _____ 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 □ 治癒・□ 治癒中				
	□出勤日・□休日(定休日・休暇含む)					8.負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。				
	□その他( )					<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>				
	3.ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。									
	□勤務時間中・□通勤時間中(□出勤・□退勤)									
	□出張中・□私用・□その他( )									
	4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。									
□会社内・□道路上・□自宅										
□その他( )										
5.ケガをした原因で次にあてはまる場所がありますか。										
□交通事故・□暴力(ケンカ)										
□スポーツ中(□職場の行事・□職場の行事以外)										
□動物による負傷(飼い主 □有・□無)										
□あてはまらない										
6.「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。										
相手 □有 → { □あなたは被害者 □無           □あなたは加害者										
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。					9.被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 □ 加入有 ・ □ 加入無					

令和 年 月 日提出

受付日付印

労務に服することができ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記入してください。

事業	勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。)		出勤	有休
	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	計	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	計	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	計	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	計	日
主	労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? □はい □いいえ		給与の種類 (○で囲んでください。)	
	労務に服することができなかった期間に含む賃金計算期間の賃金支給状況を 下欄に記入してください。		月給 日給 日給月給	賃金計算 締日 末日
証	支給期間		時間給 歩合給 その他	支払日 当月翌月 日
	区分	単価	月 日 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。
明	基本給		支給額	
	通勤手当		支給額	
	住居手当		支給額	
	扶養手当		支給額	
	手当		支給額	
	手当		支給額	
	現物給与計		支給額	
す			担当者氏名	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
と	事業所の所在地			
	事業所名称			
こ	事業主氏名		Ⓜ 電話 ( )	

賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療	患者氏名				
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 年 月 日	
		(2)		(2) 年 月 日	
		(3)		(3) 年 月 日	
	当	発病または負傷の年月日	平・令 年 月 日	発病負傷	
		労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	発病または負傷の原因	
	者	上記のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養費用の別	
		診療実日数	診療日を○で囲んでください。	健保 自費 公費( ) その他	
	が	手術年月日	平成・令和 年 月 日	退院年月日	平成・令和 年 月 日
		「労務不能と認められた」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)
意	症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見				
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成 年 月 日		
入	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他( )			
	上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日	
す	医療施設の所在地				
	医療施設の名称				
と	医師の氏名		Ⓜ 電話 ( )		