

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	氏名・印	(〒 -) TEL ()	被保険者との 関係

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(30.6)

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

様式番号

協会使用欄

6	0	1	1	1	5
---	---	---	---	---	---

1				
---	--	--	--	--

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1) _____ 2) _____ 3) _____	② 初診日	平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日
	③ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	④ 療養のため休んだ期間(申請期間)	(平成) 年 月 日 から _____ 日数 _____ 日まで _____ 日間		
⑤ あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	_____			

確認事項	① 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	①-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	平成 年 月 日 から _____ 報酬額 平成 年 月 日 まで _____ 円	
	② 「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"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	「はい」の場合
	②-① 「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)傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円	
	③ (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 請求中	「はい」の場合
③-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円		
④ 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中	「はい」の場合	
④-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	_____ 労働基準監督署		

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」の「添付書類をご用意ください。」および「支給期間と支給額」をご確認ください。

様式番号

6 0 1 2 1 4

「事業主記入用」は3ページに続きます。▶▶▶

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名																																	
傷病名	(1)	初診日	(1)平成	年	月	日																											
	(2)	(療養の給付	(2)平成	年	月	日																											
	(3)	開始年月日)	(3)平成	年	月	日																											
発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																											
労務不能と認められた期間	平成	年	月	日から	日間																												
うち入院期間	平成	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費()	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																						
	平成	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																						
診療実日数 (入院期間を含む)	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
		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
上記の期間中における「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)							手術年月日	平成	年	月	日																						
							退院年月日	平成	年	月	日																						
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		人工透析の実施または人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	人工臓器等の種類		<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他()																	
上記のとおり相違ありません。																																	
平成 年 月 日																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
印																																	
電話番号 ()																																	

記入例 【被保険者の方へ】療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

患者氏名	協会 太郎																																	
傷病名	①	(1) 鎖骨骨折	②	初診日	(1)平成	30	年	4	月	22	日																							
		(2)		(療養の給付	(2)平成		年		月		日																							
		(3)		開始年月日)	(3)平成		年		月		日																							
発病または負傷の年月日	平成	30	年	4	月	22	日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因 左肩部強打																									
労務不能と認められた期間	平成	30	年	4	月	22	日から	21				日間																						
うち入院期間	平成	30	年	5	月	12	日まで	入院	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費()	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																
診療実日数 (入院期間を含む)	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	4	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
		5	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
上記の期間中における「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)							手術年月日	平成	年	月	日																							
							退院年月日	平成	年	月	日																							
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。																																		
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																																		
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。																																		
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		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	人工臓器等の種類		<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他()																		
上記のとおり相違ありません。																																		
平成 30 年 5 月 22 日																																		
医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1																																		
医療機関の名称 ○○総合病院																																		
医師の氏名 保険 五郎																																		
印																																		
電話番号 03 (△△△△) △△△△																																		

- 【療養担当者の方へ】
- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
 - 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
 - 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
 - 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

※記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。
 ※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 二重線の近くに、療養担当者によるフルネームの署名または押印が必要です。

様式番号

6 0 1 4 1 2