

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

|   |                              |  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|---|------------------------|------|---------|---|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者<br>申<br>請<br>者<br>の<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 被保険者等<br>記号-番号               | -  | 被保険者<br>(申請者)<br>氏名   | (フリガナ)                 |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 被保険者<br>(申請者)<br>住所          | 〒 - 電話 - -   |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 療養のため<br>休んだ期間               | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで   |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | うえの期間分<br>の報酬                | <input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けない ・ <input type="checkbox"/> 受けられるが受けていない |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 療養のため<br>休んだ期間のうち<br>入院した期間  | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで   |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 入院費用の別                       | 健康保険 ・ 自費 ・ 公費 ・ その他 ( )   |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
| 負傷の<br>状況(第一<br>回目のとき<br>記入)                                  | 負傷日時                         | 令和 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時頃  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 負傷場所                         |  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 用務先と<br>目的                   |  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 負傷したとき<br>の状況を詳しく<br>ご記入下さい  |  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
| 第三者の行為<br>による場合   | 加害者氏名                        |  | 加害者<br>住所   |                        | 電話   | -       | - |  |  |  |  |  |  |
|   | 損害賠償の<br>交渉について              | 交渉した (具体的に: ) ・ 交渉しない  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
| 年金給付の受給状<br>況について   | ①年金を受給していますか                 |  | <input type="checkbox"/> 受けている ・ <input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 請求中 |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | ②上記で「受けている」又は<br>「請求中」と答えた場合 |  | 年金の種類   | 老齢年金 ・ 障害年金<br>その他 ( ) |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者名義<br>(申請者)<br>受取金融機関                                     | 銀行                           | 本店   | 種<br>別  | 普通                     | 口座番号 | ※7ケタで記入 |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 信用金庫                         | 支店   |   | 当座                     | 口座名義 | (カタカナ)  |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 信用組合                         |  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   | 農協                           |  |   |                        |      |         |   |  |  |  |  |  |  |

|                                 |   |                       |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | 本申請書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。<br>令和 年 月 日 |                       |
|                                 | 被保険者<br>(申請者)<br>氏名                         | 住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
|                                 | 〒 - 電話 - -                                  |                       |
| 代理人                             | 住所  | フリガナ                  |
|                                 | フリガナ  | 氏名                    |

|             |   |
|-------------|---|
| 同<br>意<br>欄 | この度申請した傷病手当金の支給に関して、貴組合<br>が医療保険者、医療機関等に照会することに同意します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名 |
|-------------|---|

|       |       |
|-------|-------|
| 支払日付印 | 受付日付印 |
|       |       |

|                  |
|------------------|
| 社会保険労務士の提出代行者記載欄 |
|                  |

|  |  |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|--|--|-----|--------|-----------|-----------|---|----------------------------------|---|---|---|----------|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 事<br>業<br>主<br>の<br>証<br>明<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                      | 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下さい。                   |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  |  | 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 | 出勤 | 有給 |   |
|  | 令和 年 月   |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日 |
|  | 令和 年 月   |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  |   |
|  | 令和 年 月   |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  |   |
|  | うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳<br>(月単位で支払われるものは30で除して1日当たりの額を算出) |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 種類   | 支給額 | 1日当りの額 |           | 支給期間      |   | 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)<br>についてご記入下さい。 |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 基本給  | 円   | 円      |           | 月 日～ 月 日分 |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 役付手当   | 円   | 円      |           | 月 日～ 月 日分 |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 家族手当   | 円   | 円      |           | 月 日～ 月 日分 |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 通勤手当   | 円  | 円   |        | 月 日～ 月 日分 |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 無事故手当  | 円  | 円   |        | 月 日～ 月 日分 |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 円  | 円   |        | 月 日～ 月 日分 |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 円  | 円   |        | 月 日～ 月 日分 |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 計  | 円  | 円   |        | 月 日～ 月 日分 |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 労務に服さなかった日について<br>報酬を支払わない場合はその旨と理由  |  |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 被保険者の<br>業務内容  |  |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   | 給与の種類    | 月給・日給・日給月給<br>時間給・歩合給<br>その他 ( ) |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 賃金計算 | 締日 日<br>翌・当月 日払い |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  |  |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   | 令和 年 月 日 | 担当者<br>氏名                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 事業所所在地<br><br>事業所名称<br><br>事業主氏名<br><br><br><div style="text-align: right;">電話 - -</div> |  |     |        |           |           |   |                                  |   |   |   |          |                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

|  |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|------------|---------------------|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 療<br>養<br>を<br>担<br>当<br>し<br>た<br>医<br>師<br>が<br>意<br>見<br>を<br>か<br>く<br>と<br>こ<br>ろ | 傷病名  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 発病または<br>負傷の原因   |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 発病または<br>負傷の年月日  | 令和 年 月 日   | 療養の給付開始<br>年月日(初診日) | 令和 年 月 日 |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 労務不能と<br>認めた期間   | 令和 年 月 日から | 左の期間の診療実日数          |          |        |  |  |  |  |  |  |  | 日間         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 令和 年 月 日まで |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 労務不能と<br>認めた期間のうち<br>入院期間                                | 令和 年 月 日から | 療養費用の別              |          |        |  |  |  |  |  |  |  | 健康保険・自費・公費 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 令和 年 月 日まで | その他 ( )             |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 「主たる症状およ<br>び経過」「治療内<br>容、検査結果、療<br>養指導」など詳しく<br>ご記入下さい。 | 手術年月日      | 令和 年 月 日            | 転<br>帰   | 治<br>癒 |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 退院年月日      | 令和 年 月 日            |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。   |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日   |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地   |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の名称  |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師の氏名  |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話 - -   |  |            |                     |          |        |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※初回申請の場合は、申請期間分と申請期間前一ヶ月分(通常勤務分)の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを添付して下さい。