

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄

傷病手当金3-1

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号 TEL ()
③ 個人番号 (マイナンバー)	(*①欄/記号番号記入の場合は、不要です)		④ 事業所での 業務内容・種類	(*退職後の請求の場合は、退職前の業務内容)
⑤ 資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		⑥ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
⑨ 発病又は負傷の 原因について			⑩ 他人の行為によって発病又は負傷したものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 療養のため休んだ 期間(請求期間)	(給与締切日以降にご請求ください。 / 第1回目の請求は、待期間も含めてご記入ください。) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで 日間			
⑫ 上記期間中にお ける療養状況を 詳しく	(病状やどのように過ごしたか、医師からの指示内容など具体的にご記入ください。)			
⑬ 上記請求期間中に報酬をうけましたか	<input type="checkbox"/> 受けた(年度 月分 円)			<input type="checkbox"/> 受けていない
⑭ 労災保険から休業補償 給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署 労働基準監督署	
⑮ 障害年金等を受給中の方	上記⑦により障害年金または障害手当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	
	障害年金等の受給原因となった傷病名と年金額		(傷病名)	年額 円
⑯ 退職後(資格喪失後)の期間を 請求される方	老齢年金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	
	公的年金の制度名と年金額		(制度名)	年額 円
	現在加入している	健康保険(名)	本人・家族の別	記号 番号
			本人・家族	
⑰ 介護保険法による サービスを受けている方	(保険者番号) (保険者名称)			(被保険者番号)

振込先金融機関の欄

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。

銀行・店名	(店番号) (店名) 本店 支店	受取代理人の欄 本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。
預金種別	銀行・金庫 普通・当座	
口座番号 (左づめでご記入ください)		
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)	
		被保険者(請求者) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同一住所
		(氏名)
		被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他()
		代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同一住所
		(氏名)

[注意事項]

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所には被保険者のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。

※傷病手当金意見書交付料を支払った医療機関発行の領収書を添付してください。(コピー可)

事業主証明欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名			
② 労務に服さなかった期間 【出勤は○】、【有給は△】、 【公休は■】、【欠勤は×】で それぞれ表示してください。	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 まで	日間	
		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			
③ 上記②欄の期間に対して、賃金を支給をした(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)。また、支給日以降、追って、支給するものが(<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)						
④ 報酬について	賃金計算締日 及び支払日	(締日)	日 /	(支払日)	<input type="checkbox"/> 当月 ・ <input type="checkbox"/> 翌月	日
	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給(円)
	所定休日	<input type="checkbox"/> 毎週(曜日)	<input type="checkbox"/> 隔週(曜日)	<input type="checkbox"/> 不定期
	欠勤控除の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	欠勤控除 の算出式			
	控除額	① 一日当たりの控除額 円	② 欠勤日数 日	③ ①×②=控除額	円 (年 月分にて控除	
	通勤手当 (支給内訳)	【原則】： <input type="checkbox"/> (月分)前払い <input type="checkbox"/> 当月払い <input type="checkbox"/> 前月払い <input type="checkbox"/> 翌月払い <input type="checkbox"/> なし ・ ()日分 ()円 (日額 円) 支給 ・ 月 日 ~ 月 日 まで、()ヵ月分 円支給(月給与で支給) *精算がある場合は 年 月分給与で()ヵ月()日分控除				
		精算額算出式				
⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。 (*上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明をお願いします。)				担当者氏名		
令和 年 月 日						
事業所所在地						
事業所名						
事業主氏名						
TEL ()						

[注意事項]

- ・ 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所には事業主のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。
- ・ 1回目及び請求期間に係る賃金締切日までに賃金の支払いがある場合は、必ず出勤簿(タイムカード)・賃金台帳の写しを添付してください。
- ・ 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。
- ・ 被保険者資格喪失後の請求期間分の申請は、事業主証明は必要ありません。

医師意見欄

傷病手当金3-3

患者氏名																																	
① 傷病名	(1)					② 療養の給付を開始した年月日					(1)																						
	(2)										(2)																						
	(3)										(3)																						
③ 発症または負傷の原因											④ 発症または負傷の年月日					□平成	年	月	日	□令和													
⑤ 労務不能と認めた期間	□平成					年	月	日	から	□平成					年	月	日	まで	日間														
⑥ 上記⑤期間中の診療日 (*外来の場合、診療日を○で囲んでください。)	入院		□平成					年	月	日	から	□平成					年	月	日	まで	日間												
	外来	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
		(診療実日数)					日	・					(最終診療日)					□平成	□令和	年	月	日											
⑦・上記期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果」等(できるだけ詳しくご記入ください。)																																	
・療養指導等(できるだけ詳しくご記入ください。)																																	
・症状の経過からみて、従来職種について労務不能と認められた医学的な所見(できるだけ詳しくご記入ください。)																																	
・「治療終了見込み期間」 □ (□平成 □令和 年 月頃) □ 現段階では未定																																	
⑧ 医学的見地から、就労可能時期について																																	
□ (□平成 □令和 年 月頃) □ 現段階では未定																																	
(その理由)																																	
人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき																																	
実施または装着日														人工臓器等の種類																			
□平成														ア、人工透析 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工肛門																			
年 月 日														オ、心臓ペースメーカー カ、人工骨頭 キ、その他()																			
□令和																																	
⑨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																						※上記⑤欄の労務不能と認められた期間以降に証明をしてください。											
医療機関名																																	
医師氏名																						TEL ()											

【注意事項】

- ・ 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所医師のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。
- ・ 内容審査に必要と判断した場合は、後日、文書にて照会させていただくことがあります。
- ・ 上記内容が網羅されていれば、医療機関で作成された書式を添付していただいてもかまいません。
- ・ 複数の傷病名がある場合は、傷病名上記①欄に主たる病名を順次ご記入ください。
- ・ 上記②欄は初診日を記入するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日をご記入ください。