

健康保険 傷病手当金支給申請書

(第 1 回目)

記入見本

病気(ケガ)で仕事を休んだとき

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ (申 請 者 情 報	◆申請者確認欄		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、被保険者(申請者)本人が記入・確認しました。	
	【申請内容】			
	①被保険者証の記号・番号		②氏名	
	記号	149	番号	99999
	③生年月日		④資格取得日	
	平成5年4月6日		令和2年4月1日	
	⑤住所		〒140-0001 東京都品川区品川××-〇〇-△△ 品川マンション101号	
	⑥日中連絡の取れる電話番号		⑦メールアドレス	
	090-1111-△△△△		tarou@gmail.comcom	
	⑧仕事の内容(具体的に)		映像制作	
	⑨傷病名		⑩発病又は負傷年月日	
	右足関節外側靱帯損傷		令和4年10月3日	
	⑪発病又は負傷の原因		⑫第三者行為によるものですか	
	休日に趣味のサッカーをしていた時に、転倒して負傷		はい・いいえ →「はい」の場合は別途「第三者行為による負傷届」をご提出ください。	
	⑬療養のために休んだ期間(申請期間)		令和4年10月4日から 令和4年10月31日まで 28日間	
	【確認事項】			
	⑭⑬の療養のために休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい・いいえ	
⑮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。		はい・請求中・いいえ		
⑮-1「はい」または「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		
⑯「障害厚生年金」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 →「はい」の場合は「年金証書(写)」「年金振込通知書(写)」等を添付してください。		
⑯-1「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった傷病名をご記入ください。		傷病名		
⑰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 →「はい」の場合は「年金証書(写)」「年金振込通知書(写)」等を添付してください。		
【給付金受取先】				
⑱ <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用しない場合は下記の欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
⑲金融機関名		⑲支店名		
三菱UFJ銀行		品川支店		
⑲口座番号(7ケタ)		⑲口座名義(カナ)		
普通 1234567		イマジカ タロウ		
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する)場合は、下記の委任状にご記入ください。				
⑳委任状		私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日		
被保険者の住所 氏名		住所 氏名		
代理人の住所 氏名		住所 氏名		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支給印

受付印

事業主が証明するところ	②④労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から	日間	一部就労日がある場合、その日数 日間	
			令和 年 月 日まで			
	②⑤上記の期間に対して賃金を支給しました（します）か。		はい ・ いいえ	②⑥賃金計算	締日	日
					支払日	当月 ・ 翌月 日
	②⑦報酬の名称	②⑧支給対象期間		②⑨支給額	③⑩支給・控除額の計算式	
		月 日～ 月 日		円		
		月 日～ 月 日		円		
		月 日～ 月 日		円		
	通勤手当	月 日～ 月 日		円		
	③⑪上記の通り相違ないことを証明します。					
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
TEL ()						

事業主証明欄

被保険者は記入しないでください。
事業主に証明を依頼してください。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	③⑫患者氏名		③⑬発病または負傷の年月日		令和 年 月 日	
	③⑭傷病名	(1)	③⑮療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)		(1) 令和 年 月 日	
		(2)			(2) 令和 年 月 日	
		(3)			(3) 令和 年 月 日	
	③⑯発病または負傷の原因					
	③⑰労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	③⑱療養費の別	健保・自費・公費・その他	
		令和 年 月 日まで		③⑲転帰	治癒・中止・繰越・転医	
	④⑰上記③⑰期間中の診療日 ※外来の場合、診療日を○で囲んで下さい。	入院	令和 年 月 日 から	令和 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		
		診療実日数		日	最終診療日	令和 年 月 日
	④⑰上記③⑰期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容」「検査結果」「療養指導」等（できるだけ詳しくご記入ください）					
	<h2>医師（療養担当者）記入欄</h2> <p>被保険者は記入しないでください。 医師（療養担当者）に記入を依頼してください。</p>					
	④⑱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（できるだけ詳しくご記入ください）					
	④⑲医学的見地から、就労可能時期について					
<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から就労可能見込み <input type="checkbox"/> 現時点では不明						
④⑳上記内容について相違ありません。						
令和 年 月 日						
※③⑰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。						
医療機関の所在地						
医療機関の名称						
医師の氏名						
TEL ()						

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、医師の氏名（サイン）をご記入ください。

※医療機関の所在地・名称はゴム印（スタンプ等）を使用してください。