

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(継続給付用)

1 2 3

被保険者(申請者)記入用

提出先: 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウィング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

被保険者(申請者)情報	記号	番号(枝番の記入は不要です)	申請日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	令和 年 月 日
	住所	(〒 -) 都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	()	備考
氏名・印	以下の通り請求します (フリガナ)		
	印		日本アイ・ビー・エム健康保険組合理事長 殿

給付は原則勤務先経由となります ※ 被保険者本人が申請する場合は以下の受取代理人の欄は記入不要です。

受取代理人の情報・振込先口座	被保険者 (申請者)	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。	令和 年 月 日
	受取代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL () 都 道 府 県 (フリガナ) 氏名・印	委任者と 代理人との 関係
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 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 <input type="text"/>
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。)		
	<input type="text"/>		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(2023.07)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(継続給付用)

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 傷病名	2 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	(発病時の状況)				
	<input type="checkbox"/>	1. 病気				
		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)	令和	年	月	日	から
					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、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 報酬額 円
	2 「障害年金」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"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	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をご記入ください。	傷病名
	「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。	基礎年金番号
		年金コード
		支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
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。	基礎年金番号	
「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。	年金コード	
	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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 <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
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	

障害(老齢または退職)年金、障害手当金を受給している方からの申請にあたっては、別途、文書照会による給付審査をさせていただきますことをごまいます。あらかじめご了承ください。

「療養担当者記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(継続給付用)

1 2 3

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 (労務不能と認められた傷病名)					初診日 (療養の給付の開始年月日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																								
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	うち入院期間	令和	年	月	日から																								
		令和	年	月	日まで		令和	年	月	日まで入院																								
	発病または負傷の原因																																	
診療実日数	日	診療日を ○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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																		
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																																		
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														印	電話	()																	

【被保険者の方へ】

- ご自身で記入する必要はありません。医療機関の療養担当者（医師等）の意見を受けて、そのままご提出ください。

【療養担当者の方へ】

- 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。また、記入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。