

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (継続給付用)

任意継続に加入されなかった方は在職時の記号・番号を入力してください。

提出先：〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-  
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 (任意の記入は不要です)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	申請日	令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
	被保険者証の (右づめ)					
	住所	(〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ) × × 都 道 × × 区 × × 府 県	枝番「00」は記入不要です。			
	電話番号 (日中の連絡先)	○○○ (○○○○) ○○○○				
氏名・印	以下の通り請求します (フリガナ) × × × × × × × × × × × × × × × ×					捺印願います。 

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	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	
	被保険者 (申請者)	氏名・印		
	受取代理 (口座名義人)	氏名・印		
	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	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。)		

被保険者が死亡したこと等により、給付金を被保険者自身が受け取ることができない場合にのみ、ご記入ください。

「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

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

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  
た傷病名)

初診日  
(療養の給付の  
開始年月日)

平成  
令和

年

月

日

労務不能と認め  
た期間

令和 年 月 日から  
令和 年 月 日まで

うち入院期間

令和 年 月 日から  
令和 年 月 日まで入院

発病または  
負傷の原因

診療実日数

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)

申請書3枚目は医療機関の医師にご記入いただきます。申請者は何も記入せず、医療機関に記入をご依頼ください。

症状経過からみ

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。