

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

(第 回)

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

提出先：各会社の社会保険担当者

被保険者（申請者）情報	記号	番号	申請日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<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

※ 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 ( )	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。>>>

(2019.5.1)

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

(第 回)

1 2 3 4

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。	<p>(発病時の状況)</p> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 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)	(平成・令和) 年 月 日	から	日数
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。	平成・令和 年 月 日から 報酬額 円 平成・令和 年 月 日まで
	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"/> 1. 障害年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ 2. 障害手当金
	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。 [「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。]	傷病名 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 月 日 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 → 名称 <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。 [「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 月 日 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	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>



# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

(第 回)

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	療養の給付開始年月日	□平成 年 月 日 □令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	□平成 年 月 日 □令和 年 月 日	□発病 □負傷
	発病または負傷の原因		
	労務不能と認められた期間	平成/令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	うち入院期間	平成/令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養費用の別
		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
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
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)			手術年月日 平成/令和 年 月 日
			退院年月日 平成/令和 年 月 日
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 ( )

## 記入例

1 患者氏名	鎖骨骨折	2 療養の給付開始年(初診日)	令和26年4月22日
発病または負傷の年月日	平成26年4月22日	発病または負傷の原因	左肩部強打
3 労務不能と認められた期間	平成26年4月22日から 平成26年5月12日まで 21日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
うち入院期間	平成26年 月 日から 平成26年 月 日まで 日間	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
4 診療実日数	5	診療日を○で囲んでください。	月 4 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 5 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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日
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 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。			
上記のとおり相違ありません。 平成26年5月22日			印 電話 03 (△△△△) △△△△
医療機関の所在地 東京都品川区△△△ 1-1			
医療機関の名称 ○○総合病院			
医師の氏名 保険 五郎			

## 【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

- 当該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。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明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。