

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（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（ゝ）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

(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。	1. 病気 <input type="checkbox"/> (発病時の状況) 2. ケガ <input type="checkbox"/> → 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	日数
			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 報酬額 円 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 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 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。 [「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
	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 2. 請求中 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 3. いいえ 2. 労災請求中	
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案内いたします。あらかじめご了承ください。

「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)

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

※添付書類：賃金台帳（通勤定期などまとめて支払われているものがあれば、その期間を含む）、出勤簿

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																		
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給		
	令和 年 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	計	日	日
	令和 年 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	計	日	日
令和 年 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	計	日	日	
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		賃金計算		締日		日																					
						<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他						支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日																			
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																			
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等） についてご記入ください。																													
	区分		支給額	支給額	支給額																														
	基本給																																		
	通勤手当																																		
	住居手当																																		
	扶養手当																																		
	手当																																		
	手当																																		
	社保グロスアップ																																		
	現物給与																																		
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日																																			
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名																																			
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。お勤め先の事業所に証明を受けるため、そのままご提出ください。

【事業主の方へ】

- 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(第 回)

1 2 3 4

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

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。

療養状況等報告書

被保険者情報		記入日	年	月	日
記号番号	—	氏名			
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	() () () () () () () () () ()		
メールアドレス	@				

申請前の就労状況について

職種		仕事内容 (具体的に)	
所定労働時間	時間/日		
発症前6カ月間で平均した 1カ月あたりの時間外労働	時間	※1) 自宅へ持ち帰った業務の遂行時間を含む ※2) 入社後6か月に満たない場合、入社した後の期間で平均した 時間外労働時間	

療養状況について

通院回数・頻度	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に()回 <input type="checkbox"/> 月に()回 <input type="checkbox"/> ()カ月に()回 → 医師の指示ですか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> その他 ()
受診日の決め方	<input type="checkbox"/> 医師に指示された日に行く <input type="checkbox"/> 自分で判断して都合の良い日に行く <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら行く <input type="checkbox"/> その他 ()
発症または負傷の原因	
現在の症状	
療養をする上で医師から指示されていること	
薬の処方状況	<input type="checkbox"/> 薬が処方されている <input type="checkbox"/> 薬は処方されていない 薬を処方されている場合、1回に何日分もらっていますか <input type="checkbox"/> ()日分 <input type="checkbox"/> ()週間分 <input type="checkbox"/> ()月分 <input type="checkbox"/> その他 ()
	薬の服用状況について <input type="checkbox"/> 指示通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲まないことがある <input type="checkbox"/> 飲まないことが多い <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> その他 ()

日常生活について

毎日の過ごし方 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 絶対安静 <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日のうち()時間くらい横になっている <input type="checkbox"/> 横になるほどの状態ではない <input type="checkbox"/> パソコンやテレビを見たり、ラジオを聴いたりしている <input type="checkbox"/> 新聞を読んだり読書をしたりしている <input type="checkbox"/> 近場に出て散歩をしたりする <input type="checkbox"/> 家族と談話をする <input type="checkbox"/> その他 ()
症状の経過	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 少し良くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他 ()
	いつ頃から仕事に就くことができそうですか <input type="checkbox"/> ()年()月頃 <input type="checkbox"/> すでに職場復帰している <input type="checkbox"/> わからない(未定)

この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づき実施し、利用目的の範囲内のみで使用されます。

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長 殿

照 会 同 意 書

私は、健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行なうにあたり、日本アイ・ビー・エム健康保険組合が関係機関等に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関等がそれら照会の回答をすることに同意いたします。

* 関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合若しくは協会けんぽ、及び医療機関、事業所、年金事務所等を指します。 また、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

以 上

年 月 日

保険証記号・番号

氏名 _____ ⑩

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 宛

負傷原因届

被保険者氏名

㊞

記号・番号

—

負傷された原因について詳細をご記入ください。
(いつ、どのような場所で、何をしているときに、どうなって)

以 上

健康保険加入履歴申出書(当組合で資格を取得してから1年未満で傷病手当金を申請される方)

傷病手当金は加入する健康保険が変更した時、支給開始日等の情報を以前加入していた健康保険から継続する場合があります。
 当組合に加入されてから1年未満で申請される方は、支給決定に際し必要なため以下の欄を記入しご提出ください。
 なお、この申出書のご提出がないと、内容審査が進められず支給決定にお時間をいただくこととなりますのでご了承ください。

被保険者証 記号・番号	記号 —	番号	被保険者氏名	(フリガナ)
被保険者の現住所	〒□□□□-□□□□□□			

健康保険の加入歴等										
前回	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください								
	健康保険組合等	協会けんぽ () 支部・ () 健保組合・ () 共済組合			保険証の記号・番号	—		傷病手当金の受給	あり ・ なし	
	被保険者として加入していた	<input type="checkbox"/>	会社名				被扶養者であった(扶養家族)	<input type="checkbox"/>		
	会社所在地									
2	国民健康保険	都道府県 () 市区町村 ()					3	健康保険未加入		
前々回	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください								
	健康保険組合等	協会けんぽ () 支部・ () 健保組合・ () 共済組合			保険証の記号・番号	—		傷病手当金の受給	あり ・ なし	
	被保険者として加入していた	<input type="checkbox"/>	会社名				被扶養者であった(扶養家族)	<input type="checkbox"/>		
	会社所在地									
2	国民健康保険	都道府県 () 市区町村 ()					3	健康保険未加入		
それ以前	加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 1から3に該当するものを選択・記入してください								
	健康保険組合等	協会けんぽ () 支部・ () 健保組合・ () 共済組合			保険証の記号・番号	—		傷病手当金の受給	あり ・ なし	
	被保険者として加入していた	<input type="checkbox"/>	会社名				被扶養者であった(扶養家族)	<input type="checkbox"/>		
	会社所在地									
2	国民健康保険	都道府県 () 市区町村 ()					3	健康保険未加入		

健康保険の加入歴等の調査に関する同意書	<p>私は、日本アイ・ビー・エム健康保険組合が上記「健康保険の加入歴等」に記載された関係機関(※)に私自身に関する健康保険の加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、関係機関が日本アイ・ビー・エム健康保険組合の照会に対して回答することに同意いたします。</p> <p>※ 関係機関とは、以前加入していた健康保険の保険者、受診していた医療機関、日本年金機構、勤務していた事業所等を指します。また本書の写しも有効とさせていただきます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____ (印)</p>
---------------------	--

[記入上の注意]

- ・ 加入日より前の直近1年間の職歴および健康保険の加入状況について空白期間無く記入してください。
 - ・ 社会保険に加入していた期間で保険者の名称、健康保険の記号となどが不明なときは、以前勤務していた会社にお問い合わせください。未記入では内容審査を進めることができません。
 - ・ 用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき記入してください。
- ※ 取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用しません。