

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者氏名	フリガナ (自 署)									
	被保険者住所	〒 電話 ()									
	事業所名										
	部署名	電話 ()									
申請内容	傷病のため休んだ期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	傷病名	1					発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日
		2						平成 令和	年	月	日
		3						平成 令和	年	月	日
	発病または負傷の原因を詳しく						交通事故等 第三者が原因	いいえ・はい			
	上記の傷病のため休んだ期間の報酬を受けましたか		現在まで		受けた・受けない						
	または今後受けられますか		今後		受けられる・受けられない						
	◎上記で報酬を受けたまたは受けられると回答され方は下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください										
	報酬支払期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	受けた報酬額	円				受ける報酬額	円				
	◎障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか、または請求中ですか						受給中・請求中・未請求				
	※受給中・請求中の方は下記に記入してください										
	年金等の種類	障害年金		障害手当金		老齢年金		その他()			
	傷病名					年金額	円				
	基礎年金番号					支給開始日	平成 令和	年	月	日	
◎労災保険から休業補償給付を受けていますか、または請求中ですか						いいえ・はい					
※はいの方は支給元(請求元)の労働基準監督署を右記に記入してください						労働基準監督署					

振込先情報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認
-------	---------------------------------------------------------------------------

令和 年 月 日提出
受付日付印

健保記入欄	被保険者加入期間	<input type="checkbox"/> 12ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 12ヶ月未満		健保組合平均標準報酬月額	千円						
	被保険者平均標準報酬月額	千円	報酬	有 無	支給日額 円						
	支給期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	支給金額	円									

事業主の証明	被保険者氏名													
	労務に服さなかった期間		平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間		
	労務に服さなかった期間に対して賃金を支給しました(します)か		はい いいえ	給与締日			日	給与支払日			当月 翌月	日		
	報酬の種類		月給	日給	日給月給	時間給	歩合給	その他()						
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)		支給期間					支給額		支払日				
			平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月	日
			平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月	日
			平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月	日
			平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月	日
	上記の通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 電 話														
医師が証明	患者氏名						発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日			
	傷病名	1						療養を開始した年月日	平成 令和	年	月	日		
		2							平成 令和	年	月	日		
		3							平成 令和	年	月	日		
	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	～	平成 令和	年	月	日	日間			
	入院した場合はその期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間			
	診療実日数	日	診療日				転帰	治癒	繰越	中止	転医			
	診療実日数0とした場合はその理由													
	費用	健保	公費			自費			その他()					
主たる症状および経過と治療内容検査結果療養指導等を詳しく														
労務不能と認められた医学的な所見														
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日														
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師もしくは助産師の氏名 電 話														