

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正)	健康保険の 記号・番号	記号		被保険者の氏名					
		番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日生 (才)				
	被保険者の住所 電話番号	〒 -			TEL	- -			
	事業所名称				仕事内容 (具体的に)				
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は不要です)								
	発病または 負傷年月日	年 月 日		傷病の 原因	1. 病気 {発病の原因} 2. ケガ ⇒ 負傷届を併せてご提出ください				
	傷病名	1.		2.		3.			
	療養のため 休んだ期間	年 月 日 から			年 月 日 まで		日間		
	労災保険の休業補償の受給状況について	受給している ・ 手続き中 ・ 受給していない							
	公的年金の受給状況について	受給している ・ 手続き中 ・ 受給していない							
年金を受給 しているとき	年金の種類		基礎年金番号		支給開始年月		年金額 (年額)		
	老齢年金・退職共済年金 障害年金・障害手当金				年 月		円		

※被保険者名義のもの(受領委任する場合は代理人名義のもの)を記入してください。

傷病手当金を受け取る金融機関			
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> , 利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)		
	銀行・金庫 組合・農協	(支)店 出張所 営業部 普通・当座	(ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字3桁)を記入)
口座番号		口座名義	フリガナ

※傷病手当金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人氏名
	令和 年 月 日	被保険者氏名 (自署)	
	代理人の住所・電話番号		被保険者との関係
	〒 -	TEL - -	

《注意事項》

- この請求書に事業主の証明(退職後の期間については事業主の証明は不要)と医師の意見を記入してもらってください。
- 労災保険へ休業補償を申請され労災であると認められた場合、支給済みの傷病手当金は返金していただくことになります。
- 老齢(厚生・基礎)年金・退職共済年金・障害年金または障害手当金等の公的な年金を受給されている方は、年金額や支給開始年月等の確認できる年金証書や改定通知のコピー等を添付してください。
- 傷病手当金の受取りを第三者に委任するときは、受取代理人の欄にも記入が必要になります。
- 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

事業主が証明するところ(この欄の訂正は事業主の直筆で訂正)	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間		
	出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください					出勤	有給
	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	計	日	
	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	計	日	
	上記の期間中報酬を全額 または一部支給した場合		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	円支払	
			年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	円支払	
	賃金計算	締日	日	支払日	当月 翌月	日	給与の種類 月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 — —							

療養を担当した医師が意見を記入するところ(この欄の訂正は医師の直筆で訂正)	傷病名	1.	療養の給付を開始した 年 月 日	1.	年 月 日	
		2.		2.	年 月 日	
		3.		3.	年 月 日	
	発病または 負傷年月日	年 月 日		傷病の原因		
	労務不能と 認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間		
	上記期間中	診療実日数	日間	投薬日数	日分処方	
		入院した場合はその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 労務不能期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく ・ 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 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 — —						

※記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等を使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。