

# 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)	被保険者証の 記号・番号	記号	記号	被保険者の氏名	被保険者の氏名をご記入ください					
		番号	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	〒 記号番号がマイナンバー(個人番号)のどちらかをご記入ください ※マイナンバー(個人番号)を記載し、事業所を介さず当組合へ直接申請される場合は、 マイナンバー(個人番号)確認および本人確認を行うための添付書類が必要です								
	被保険者の住所と連絡先をご記入ください								TEL ○○○ - ○○○○ - ○○○○	
	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください			仕事内容 (具体的に)	仕事内容をご記入ください				
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証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 発病原因を詳しくご記入ください } 2. ケガ ⇒ 負傷届を併せてご提出ください				
	傷病名	1. 医師の意見欄(傷病名) から転記してください			2.	3.				
	療養のため 休んだ期間	(例) 令和 4年 1月 21日 から 令和 4年 2月 20日 まで				31 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									
年金の種類	基礎年金番号			支給開始年月	年金額 (年額)					
年金を受給されている方 (手続き中も含む)は、必ずご記入ください										
	共済年金			年	月	円				
	手当金									

※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			
銀行・金庫		(支)店 出張所 営業部 (3桁)を記入)	普通・当座
被保険者名義の振込口座をご記入ください			
口座番号		口座名義	

※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》

1. この請求書の裏面に事業主の証明(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  
もらってください。
2. 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。
3. 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。
4. 傷病手当金の受け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。
5. 記載内容を訂正する場合は、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。

日付をすべて統一してください

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		(例) 令和4年 1月 21日 から 令和4年 2月 20日 まで 31 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
	4年 1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 0日	計 3日
	4年 2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 0日	計 0日
	上記の期間中報酬を全額 または一部支給した場合		4年 1月 21日 から 4年 1月 25日 まで	5日間	44,319 円支払	
			年 月 日 から 年 月 日 まで		円支払	
			いずれかに○をつけてください			
賃金計算	締日	〇〇 日	支払日	当月 翌月 〇〇 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 4年 2月 25日		事業所所在地	事業所の住所をご記入ください			
労務に服さなかった期間以降の証明日になっているか確認してください		事業所名称	事業所の名称をご記入ください			
		事業主氏名	事業主の氏名をご記入ください			
		電話番号	事業所の電話番号をご記入ください			

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. 〇〇〇〇〇〇〇〇	療養の給付を開始した年月日	1. 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
		2.	年月日	2. 年 月 日	
		3.	年月日	3. 年 月 日	
	発病または負傷年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		傷病の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇
	労務不能と認められた期間	(例) 令和4年 1月 21日 から 令和4年 2月 20日 まで		31 日間	
	上記期間中	診療実日数	〇〇 日間	投薬日数	〇〇 日分処方
		入院した場合はその期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで		〇〇 日間
・ 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					
主治医に、症状の経過、治療内容および療養の指示等を詳しく記入してもらうように依頼してください（傷病手当金支給決定の判断材料となるため）					
・ 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					
主治医に、労務不能と認められた理由を詳しく記入してもらうように依頼してください（傷病手当金支給決定の判断材料となるため）					
上記のとおり相違ありません。					
令和 4年 2月 23日		医療機関所在地	病院の住所をご記入ください		
労務不能と認められた期間以降の証明日になっているか確認してください		医療機関の名称	病院名をご記入ください		
		医師の氏名	証明した主治医の氏名をご記入ください		
		電話番号	病院の電話番号をご記入ください		

※記載内容を訂正する場合は、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。