健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

第 ＜ 1 ＞ 回目

被保険者（申請者）情報

被保険者等の（右づめ）	記号 227	番号 350	取得月日 年 月 日 □昭和 ☑平成 □令和 24 4 1
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 年 月 日 ☑昭和 □平成 □令和 48 4 5	標準報酬月額 410 千円
住所	（〒 332 － 0035 ） 埼玉 都 道 府 県 川口市西青木 ○－○－○		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 048 （ 258 ）△△△△		

振込先指定口座（被保険者口座）

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	1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号 左つめでご記入ください。
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。）	口座名義の区分 2 1．申請者 2．代理人

事業所指定口座（健保口）を指定される場合、記入は不要です。

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人（健保口）の欄

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 7 年 2 月 10 日 氏名 健保 太郎 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人（健保口情報）	（〒 171 － 0022 ） TEL 03 （3984）××××
	住所 東京都豊島区南池袋◇－◇－◇ アドタワー10F
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）カブシキガイシャ タケイディスプレイ タケイセツコ
	氏名 株式会社 タケイディスプレイ 竹井 世津子

※記入内容を訂正する場合は、被保険者（申請者）が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者（申請者）の氏名（フルネーム）を記入してください。修正液（テープ）等を使用しないでください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

本申請に関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関（医療機関・前加入保険者等）へ調査することを同意いたします	健保 太郎

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

※記入内容を訂正する場合は、被保険者（申請者）が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、**被保険者（申請者）の氏名（フルネーム）を記入**してください。修正液（テープ）等を使用しないでください。

被保険者（申請者）氏名	健保　太郎

申請内容

1 傷病名	1) 適応障害	2 発病または負傷年月日	平 令 6 年 12 月 末頃 日
	2)		平・令　年　月　日
	3)		平・令　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	1. 病気 2. ケガ → 別紙の「負傷原因届」も併せてご提出ください 発病時の状況から**労務に服せなかった具体的な症状や状態等**をご記入ください 令和6年12月末頃より不眠、不安感、倦怠感、頭痛、吐き気等の症状が強くなり外出が困難になった。現在も上記症状が残存しており治療中であるため、労務に服せなかった。
4 該当の傷病の発病原因の主な理由	2	1. 日常生活によるもの 2. 仕事上＋私的理由含む 3. **仕事上理由のみ** → 「3. 仕事上理由のみ」の場合、発病原因について詳細をご記入ください **※健康保険ではなく労働災害保険にて、先に審査をおこなう必要がございます** **手続き方法等につきましては労働基準監督署へお問い合わせください**

5 申請期間（療養のために休んだ期間）		年	月	日			
	令和	7	1	1	から	日数	31
	令和	7	1	~~30~~ 31	まで		日間
6 休職前の仕事内容（退職後の申請の場合は退職前の仕事内容）	屋外広告物の企画・製作						

確認事項

1 上記の申請期間（療養のために休んだ期間）に対して事業主より報酬を受けましたかまたは今後受けられますか	1　1. はい　2. いいえ
2 **「障害厚生年金」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	3　1. はい　2. 請求中　3. いいえ → □ 1. 障害厚生年金　2. 障害手当金
2 - ① 「はい」または「請求中」と回答した場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください	傷病名 基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日　年金額　円
3 **【退職後の期間について申請をする場合はご記入ください】** **「老齢年金」等**の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、その名称をご記入ください	3　1. はい　2. 請求中　3. いいえ → 名称
3 - ① 「はい」または「請求中」と回答した場合、基礎年金番号等をご記入ください	基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日　年金額　円
4 **労災保険（労働災害・通勤災害）から「休業補償給付」**を受給していますか　※今回の申請期間において	3　1. はい　2. 請求中　3. いいえ
4 - ① 「1. はい」または「2. 請求中」の場合、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
5 介護保険サービスを受けているとき	保険者番号　被保険者番号　保険者名称

※障害年金・老齢年金等を受給されている場合は、**年額が確認できる通知書の写し**を添付してください。
※労災から給付を受けている（受けたことがある）場合は、**支給決定通知書の写し**を添付してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 **3** 4

事業主記入用

申請期間に該当する勤務状況・賃金支払状況等を下記へ証明、必要書類を添付してください。

【 **必要添付書類** 】**出勤簿**及び**賃金台帳**（※初回申請時、賃金発生月、復職月、前回申請期間から日付が空いている時**以外は**省略可）

賃金証明

被保険者（申請者）氏名：健保　太郎

勤務状況　【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表記してください

年月	日	計	出勤	有給
令和 7 年 1 月	1公 2公 3公 4○ 5○ 6○ 7公 8公 9公 10△ 11△ 12△ 13△ 14公 15公 16△ 17△ 18／ 19／ 20／ 21公 22公 23／ 24／ 25／ 26／ 27／ 28公 29公 30／ 31／	計	3 日	6 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	☑ はい ☐ いいえ	給与の種類	☑ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他	賃金計算	締日：末 日 / 支払日：☐当月 ☑翌月 15 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

固定給となる区分 ＼ 該当期間	基礎単価	1 月 1 日 ～ 1 月 31 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額
基本給	200,000	100,000		
業務 手当	40,000	20,000		
住宅手当	20,000	20,000		
計		140,000		

【 備考欄 】
賃金計算方法（欠勤控除計算等）をご記入ください
〔例〕・（基本給+業務手当）÷所定労働日数×欠勤日数＝欠勤控除額
・住宅手当は欠勤控除無し ・営業手当は歩合（インセンティブ）制

- 欠勤控除計算
  (200,000+40,000) ÷20日×10日＝120,000円
- 住宅手当は、欠勤控除無20,000円満額支給
- 営業手当は、歩合（インセンティブ）のため毎月変動する
- 通勤手当は、令和7年1月～3月分払戻精算有

通勤手当支払状況：☐ 支給無し ☐ 1ヶ月定額 ☐ 実費精算 ☑ 3、6ヶ月定額 ☐ 日割計算 ☐ その他（　　）

支払月日：令和 6 年 9 月 15 日 支払 ⇒ **支払月の賃金台帳**を添付してください
対象月日：令和 6 年 10 月 1 日 ～ 令和 7 年 3 月 31 日分の3、6ヶ月定期代
払戻精算：☐ 無 ☑ 有 ⇒ **定期の区間**：JR山手線 渋谷 駅 ～ JR山手線 大塚 駅

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和 7 年 1 月 ~~30~~ 31 竹井 世津子 日
※締日以降の日付で証明してください

担当者氏名：総務課　田中

事業所所在地：〒171-0022 東京都豊島区南池袋◇ー◇ー◇ アドタワー１０Ｆ
事業所名称：株式会社　タケイディスプレイ
事業主氏名：代表取締役　竹井 世津子
電話：０３ （３９８４） ××××

※記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入し、**事業主氏名（フルネーム）を記入**してください。修正液（テープ）等を使用しないでください。

確認事項（※入社1年未満の対象者の初回申請時のみご記入ください）

今回の傷病手当金の申請につきまして、休職にあたっての申請者ご本人の異変の兆候の有無や症状・発病原因等の状況についてご教示ください。ご協力の程よろしくお願いいたします。（**※入社１年未満の対象者の初回申請時のみご記入ください**）

1 休職前、ご本人に異変の兆候等は見受けられましたか

[1] 1. はい 2. いいえ
「1. はい」と回答の場合、状況等の詳細をご記入ください
※状況等の詳細の記入をお願いします。

2 休職前、ご本人から休職に関する相談や申告はありましたか

[1] 1. はい 2. いいえ
「1. はい」と回答の場合、相談や申告内容について期間を含めた詳細をご記入ください
※相談や申告内容について期間を含めた詳細の記入をお願いします。

3 症状・発病原因等について

☑ 聞き取りをおこなった **※聞き取りの内容をできる限り詳しくご記入ください**
・聞き取りをされた担当者名（ 総務課　田中 ） ・ご本人との関係 ☐直属の上司 ☑総務担当 ☐産業医 ☐その他（　　）

※申請対象者から聞き取りした内容の詳細の記入をお願いします。

☐ 聞き取りをおこなっていない **※おこなわなかった理由をご記入ください**

※聞き取りをおこなっていない場合は、おこなわなかった理由の記入をお願いします。

4 休職者への今後の対応について、ご教示ください

〔面談について〕☐1～3ヶ月に1回 ☑4～6ヶ月に1回 ☐本人希望時 ☐休職明け（会社規定の休職期間：　　）☐その他（　　）
〔処遇について〕☐時短勤務 ☑配置転換 ☐その他（　　）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	(1) (2) (3)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 平・令　年　月　日 (2) 平・令　年　月　日 (3) 平・令　年　月　日
発病または負傷の年月日	平・令　年　月　日　□発病 □負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
うち入院期間	令和　年　月　日から　日間 令和　年　月　日まで　入院	療養費用の別	□ 健保　□ 公費（　） □ 自費　□ その他
転帰	□ 治癒　□ 中止 □ 繰越　□ 転医		
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）

※楷書でご記入ください

手術年月日　令和　年　月　日

退院年月日　令和　年　月　日

（労務可能年月日　令和　年　月　日）

※療養担当医師に証明を依頼してください。

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

※楷書でご記入ください

診療実日数が0日の場合、診療のない状態で労務不能と判断された具体的な理由等（詳しく）

※楷書でご記入ください

薬の処方　□あり（　月　日に　分処方）　□なし（理由　）

通院指導　□あり（　ヶ月・週・日に　回）　□なし（理由　）

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	□昭和　□平成　□令和 年　月　日	人工臓器等の種類	□ 人工肛門　□ 人工関節 □ 人工骨頭　□ 心臓ペースメーカー □ 人工透析　□ その他（　）

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

※労務不能と認めた期間以降の日付で証明してください

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　　電話　（　）

※記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入し、**医師氏名（フルネーム）を記入**してください。修正液（テープ）等を使用しないでください。