

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	記号	番号	取得月日	年	月	日
	被保険者等の（右づめ）	2 2 7				
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	生年月日	年	月	日	
	健保 太郎					
住所	(〒 332 - 0035)	埼玉県 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 2. 別段 3. 当座 4. 通知	口座番号
	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」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 元 年 5 月 7 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◇ー◇ー◇ アドタワー10F
	氏名	(フリガナ) カブシキガイシャ タケイディスプレイ タケイセツコ	(株)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

申請内容	1 傷病名	1) 腰部脊柱管狭窄症 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	平 令 30 年 1 月 頃 日 平・令 年 月 日 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 (発病時、または現在の状況等、労務に服せない具体的な理由) 以前より痛みはあったが、平成30年末頃より痛みが激しくなり、今年の1月立てない程の痛みとなり上記疾病にて入院。 ➡ 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）	☒ 平成 31 年 1 月 9 日 から 29 日 日数 23 ☐ 令和 ☒ 平成 31 年 1 月 31 日 まで 健保 太郎 日間 ☐ 令和		
	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）	屋外広告物の企画・製作		

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。	1 1. はい 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。	平 令 31 年 1 月 1 日 から 報酬額 248,078 円 平 令 31 年 1 月 31 日 まで	
	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	
	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。	傷病名 基礎年金 番号 年金 コード	
	「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。	支給開始 年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 年金額 円	
	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、その名称をご記入ください。	3 1. はい 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。	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 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	3 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ		
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		
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者 番号	被保険者 番号	保険者 名称

※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。

※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。

「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

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。
※請求期間に該当する＜出勤簿＞および＜賃金台帳＞の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名
健保太郎

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

平令31年1月
平成 年 月

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

計3日4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
支払日

末日
5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

区分

単価

1月1日～1月15日分

1月1日～1月31日分

月日～月日分

基本給

133,268円

24,810円

40,000円

50,000円

手当

手当

現物給与

計

賃金计算方法（欠勤控除计算方法等）についてご記入ください。
293,190円÷22日×12日欠勤
＝159,922円（欠勤控除分）

通勤・住居・扶養手当は、満額支給しております。

上記のとおり相違ないことを証明する。令和元年5月10日

担当者氏名
経理課田中

事業所所在地
東京都豊島区南池袋◇ー◇ー◇ アドタワー１０Ｆ

事業所名称
㈱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
〇３（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。

記入例

氏名 協会 太郎
【出勤は○で、【有給始は△で、【公休は◇で、【欠勤は／でそれぞれ表示してください。】

平成26年	4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	出勤	有給
平成26年	5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	4日	1日
平成26年	6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	3日	0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 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他

資金計算 総日 15日
 支払日 ☒ 当月 25日

5 の期間を含む資金計算期間の資金支払状況をご記入ください。

区分	単価	4月16日 ～5月15日分	月 ～ 月 日分	月 ～ 月 日分	月 ～ 月 日分	資金计算方法(欠控除計算方法等) についてご記入ください。
		支給額	支給額	支給額	支給額	
基本給	300,000	135,000				基本給・欠控除あり 300,000円÷20日×11日 =165,000円
通勤手当	120,000					通勤手当・欠控除なし 12/25 6か月定期奉代 (1月～6月分)として 120,000円支給
住居手当	20,000	20,000				住居手当・欠控除なし
扶養手当						
手当						
手当						
現物給与						
計	440,000	155,000				

上記のとおり相違ないことを証明します。
 事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1
 事業所名称 ○〇株式会社
 事業主氏名 健保 三郎

平成 26 年 5 月 21 日
 担当
 氏名 ○ ○ ○

電話 03 () □□□□ □□□□

【被保険者の方へ】

- 1** お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- ② 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△で、欠勤の場合は／で表示してください。
- ③ 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。
- ④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ⑤ 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。
- ⑥ 賃金計算の締日以降の日付で証明ください。

「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

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)																療養の給付開始年月日	(1) 平・令	年	月	日													
		(2)																(2) 平・令	年	月	日														
		(3)																(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																												
	労務不能と認めめた期間	平・令	年	月	日から	平・令		年	月	日まで	日間																								
	うち入院期間	平・令	年	月	日から	日間	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費()	転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																									
		平・令	年	月	日まで	入院		☐ 自費 ☐ その他																											
	診療実日数	診療日を 〇で囲んで 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)																												手術年月日	平・令	年	月	日			
※楷書でご記入ください																												退院年月日	平・令	年	月	日			
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																												退院年月日	平・令	年	月	日			
※楷書でご記入ください																												(労務不能年月日)	平・令	年	月	日			
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				
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。

記入例

1	患者氏名	協会 太郎																															
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折																療養の給付開始年月日	(1) 平成	26	年	4	月	22	日								
3		(2)																(2) 平成	年	月	日												
		(3)																(3) 平成	年	月	日												
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日	☒ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因	左肩部強打																												
	労務不能と認めめた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで	21 日間																														
	うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	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																										
5	診療実日数	5	診療日を〇で囲んでください。	4 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	5 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	6 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)																												手術年月日	平成	年	月	日	
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。																												退院年月日	平成	年	月	日	
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																																	
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。																																	
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	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。																												平成 26 年 5 月 22 日					
医療機関の所在地																												東京都品川区△△ 1-1					
医療機関の名称																												〇〇総合病院					
医師の氏名																												保険 五郎					
																												電話	03	(△△△△) △△△△			

【被保険者の方へ】

① 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

② 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

③ 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

④ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

⑤ 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。