

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで
	② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
	③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
	④ 発病・負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
	⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中(<input type="text"/> 労働基準監督署) 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。	

確認事項	①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ①-2へ 2. いいえ
	①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
	②-1 障害年金、障害手当金について 今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合
	②-2 老齢年金等について ※退職等による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください 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。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合
	②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	基礎年金番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> 支給開始年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円(右づめ)
③ 労災補償 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中(<input type="text"/> 労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合 「2. 請求中」	

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」をご確認ください。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

6 0 1 2 1 1 0 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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 (カタカナ)	<input type="text"/>																															
	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。																																
	労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	から	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	まで										
	傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)	初診日 (療養の給付の開始年月日)										<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/>	2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	発病または負傷の原因																																
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/>	2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日											
労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/>	1. はい																									<input type="checkbox"/>	2. いいえ					
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																					令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日			
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話番号																																	

6 0 1 4 1 1 0 3