

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

確認欄
この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。
①申請者本人（被保険者）が作成したものです。（ただし、医師の証明欄は除く。）
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。
令和 年 月 日 提出

①事業所名称
②被保険者証 記号-番号
③被保険者氏名 住所・連絡先
④生年月日 昭和・平成 年 月 日
⑤年齢 歳
⑥傷病名
⑦診療区分 入院・外来

⑧あなたの仕事の内容
（退職後の申請の場合
退職前の仕事の内容）

⑨発病又は負傷の原因
第3者・業務災害 発病又は負傷した時期 原因及び経過（ケガの場合は、「負傷原因届」を併せて提出して下さい）
該当・不該当 年 月 日 頃

⑩診療又は手当の期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間
⑫公費 該当

⑪療養のため休んだ期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間
⑫公費 不該当

⑬年金等の受給
障害年金又は老齢退職年金
有・無・請求中
有・請求中の場合
受給要因となる傷病名
基礎年金番号
年金コード
年金額（給付額）
円
受給開始年月日
年 月 日
その他の給付（労災補償等）
有・無・請求中

⑭報酬が支払われない理由

⑮給付金振込先
公金受取口座（マイナポータル）
 マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用します。
健保組合登録口座
 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。
※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに☑して下さい。
受取代理人
受取代理人
（氏名） （住所）
受取代理人
住所・電話
氏名
金融機関名称及び預金種別
信連 農協 銀行
本店・支店
（普通・当座）
口座番号
左づめでご記入下さい。
（フリガナ）
（フリガナ）
名義人

○被保険者のマイナンバー記入欄

受付印

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

令和5年5月改訂版

医療機関に記入を依頼して下さい。(医師の捺印は省略できます。)

患者氏名		傷病名		初診日	年 月 日
発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期	原因			
	年 月 日				
労務不能と認められた期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				診療日数
うち入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				日
傷病の症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見					療養費用の別
					健保・自費・公費・その他
					転帰
					治癒・中止・継続・転医
上記のとおり相違ありません。	医療機関	(所在地)	医師の氏名		
年 月 日		(名称)			

○初回のみ給与規程(写)を添付して下さい。

事業主に記入を依頼して下さい。

被保険者氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳
労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
勤務状況 【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は/】とし、それぞれ赤で表示して下さい。				出勤	有給
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			日	日
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			日	日
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			日	日
上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。		給与の種類 (月給・日給・週給・時給・その他[])			
区分	期間	単価 (円)	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
			支給額 (円)	支給額 (円)	支給額 (円)
基本給					賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。
通勤手当					
手当					
手当					
手当					
計					
上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日			
事業主	{	住所	健保事務担当者確認欄 <input type="checkbox"/>		
		名称			
		氏名			
(※) 事業主の押印は省略できます。					