

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
⑤年齢
⑥傷病名
⑦診療区分
⑧あなたの仕事の内容
⑨発病又は負傷の原因
⑩診療又は手当の期間
⑪療養のため休んだ期間
⑫公費
⑬年金等の受給
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)
健保組合登録口座
受取代理人
金融機関名称及び預金種別
口座番号
(フリガナ)名義人

○被保険者のマイナンバー記入欄
(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。)

受付印

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	<input type="checkbox"/> 健保事務担当者確認欄		
		名称			
		氏名			
					(※) 事業主の押印は省略できます。