健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報			
被保険者の記号・番号	記号 □□□□ 番号 □□□□□□	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 □□年 □□月 □□日
氏名・印	ﾌﾘｶﾞﾅ	電話番号	
住所	（〒　　－　　）		

振込先指定口座			
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	□ 普通 □ 別段 □ 当座 □ 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。） □□□□□□□□□□□□□□□	口座名義の区分	□ 被保険者 □ 代理人

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄			
被保険者の氏名・印	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　年　月　日 ㊞　【住所】「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）の情報	〒 住所	委任者と代理人との関係	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	電話番号	

申請書は2枚目に続きます。＞＞＞

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

申請内容

1 傷病名	1)	2 発病または負傷年月日	令和　年　月　日
	2)		令和　年　月　日
	3)		令和　年　月　日

3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	□ 病気 （発病時の状況） □ ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください
4 療養のために休んだ期間(申請期間)	令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 から 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 まで 日数 日
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)	

確認事項

1 上記の療養のために休んだ期間(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。		□ はい　□ 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。		令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで 報酬額　円
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。		□ 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。		□ 1.はい 2.請求中 3.いいえ → 名称
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
(「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
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。		□ はい　□ いいえ □ 労災請求中
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

申請書は3枚目に続きます。＞＞＞

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名					
勤務状況	【出勤は〇】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。			出勤	有給
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
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】　日 【支払日】　□当月　□翌月　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	期間 / 区分	単価	月　日 ～ 月　日	月　日 ～ 月　日	月　日 ～ 月　日	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
			支給額	支給額	支給額	
	基本給					
	通勤手当					
	住居手当					
	扶養手当					
	手当					
	手当					
	現物給与					
	計					

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

㊞

事業主氏名　電話　（　　）

申請書は4枚目に続きます。＞＞＞

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			
傷病名	(1) (2) (3)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日
発病または負傷の年月日	令和　年　月　日　□発病 □負傷	発病または負傷の原因	
労働不能と認めた期間	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 令和　年　月　日 まで　日間入院	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）

手術年月日	令和　年　月　日
退院年月日	令和　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

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　（　）