

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

被保険者（申請者）が記入するところ	被保険者証の記号・番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	被保険者（申請者）の氏名	フリガナ	自署の場合は押印を省略できます。	
	住所	〒 —		
	電話番号（日中の連絡先）	TEL () —		
	仕事の内容（具体的に）			
	傷病名	発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	負傷(ケガ)の原因・状況	(いつ)	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 (どこで)	
		(何をしています)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 () 時 分頃	
	療養のために就業することができなかった期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から	日間	
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	日間	
上記に記入した期間中、報酬の全部または、一部を事業主から受けることができますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から	の分として 円	
障害年金または障害手当金を受給していますか（障害年金または障害手当金を受給している方は年金証書及び該当年度の年金支給決定通知書の写を添付してください）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい	受給の原因となった傷病名		
高齢厚生年金、高齢共済年金等の年金を受給していますか（資格喪失後継続して傷病手当金を請求する方で右の受けているに該当する方は年金証書及び該当年度の年金支給決定通知書の写を添付してください）	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 受けられない			
振込先	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	
	銀行名	銀行	支店	
		口座番号	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
委任受領する場合	委任者	氏名	⑩	
	受任者	住所 氏名	⑩	
社会保険労務士の提出代行者印	⑩			

※ 第1回目の請求には請求期間に対応する賃金台帳・出勤簿の写を添付してください。
第2回目以降についても賃金台帳、出勤簿の写を提出していただく場合があります。

事業主が証明するところ	療養のために労務に服さなかった期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	ただし、() は出勤のため除く
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他
	賃金計算	締日	支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日
	支給した(する)賃金内訳	本給 円 月 日 ~ 月 日 日分 家族手当 円 月 日 ~ 月 日 日分 役付手当 円 月 日 ~ 月 日 日分 通勤手当 円 月 日 ~ 月 日 日分 その他 円 月 日 ~ 月 日 日分	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ⑩ TEL () —			

労務不能の原因となった傷病名(症状の重い順に記載して下さい)	発病または負傷年月日	発病または負傷の原因	診療開始日
1	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
2	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
3	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
労務不能と認められた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	左の期間の診療実日数	日間
上記の期間中の最初の診療日	月 日	上記の期間中の最後の診療日	月 日
上記の期間中に入院した期間がある場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）			
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			
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 ⑩ TEL () —			