

## 健康保険 傷病手当金申請書 (第 回目)

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
		住所	〒	都道 府県	電話番号 ( )
	事業所名称			仕事の内容 (具体的に)	例) 事務職・営業職・運転手・作業員など
	振込先 金融機関	※被保険者(申請者)の口座へ振込を希望する場合に記入してください。 (銀行コード ) (支店コード )			
預金種別		1. 普通	2. 当座	口座番号	
口座名義 (カタカナで記入)					

申請内容	傷病名	1)	発病又は 負傷年月日	平・令 年 月 日	
		2)	平・令 年 月 日		
		3)	平・令 年 月 日		
	発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	*ケガの場合は負傷原因届を添付してください。			
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
	上記期間に報酬を受け ましたか。または、今後 受けられますか。	はい いいえ	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額	平・令 年 月 日から 報酬額	平・令 年 月 日まで 円
	障害厚生年金又は障害 手当金を受給しています か。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場 合、受給の要因となっ た傷病名と基礎年金番 号等	※「はい」の方は、裁定通知書の写を添付してください。 傷病名 年金の <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 種類 <input type="checkbox"/> 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円	
【退職した方】 老齢又は退職を事由とする 公的年金を受給しています か。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場 合、受給の要因となっ た傷病名と基礎年金番 号等	年金の名称 基礎年金番号 年金額 円		
労災保険から休業補償給 付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場 合、請求先の労働基準 監督署	※「はい」の方は、支給決定通知書の写を添付してください。 労働基準監督署		

※給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任する場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	被保険者(請求者) 住所	氏名 (印)
	代理人の氏名と印	(フリガナ) (印)
	代理人の住所	(フリガナ)
委任者と代理人の関係		

受付日付印

東糧健康保険組合

注：この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																		
	労務に服することができなかった期間		令和	年	月	日から																							日間						
			令和	年	月	日まで																													
	勤務状況		(出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください)																								出勤	有給							
	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> そのた (                      )		<input type="checkbox"/> 日給 (                      円)		<input type="checkbox"/> 時間給 (                      円)		賃金計算		締日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		支払日		日		日																
	労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																		
	労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください																																		
賃金計算期間												支払日						支払金額																	
月	日	～	月	日	令和	年	月	日	円																										
月	日	～	月	日	令和	年	月	日	円																										
月	日	～	月	日	令和	年	月	日	円																										
※具体的な計算方法を記入してください。																																			
賃金計算方法 欠勤控除計算方法																																			
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 電話番号																																			

《事業主のみなさまへ》

- 「賃金台帳」と「出勤簿」の写を必ず添付してください。
- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入いただくか訂正印を押印ください。

《提出上の注意》

- ①「労務に服さなかった期間」は、被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② 申請期間に対して賃金の支給がある場合は、賃金計算期間における基本給や各種手当の支給状況をご記入ください。また、「賃金計算方法/欠勤控除計算方法」に具体的な計算方法をご記入ください。  
 例) 基本給÷要勤務日数×欠勤日数→300,000円÷20日×3日=45,000円  
 日給(9,000円)×出勤日数10日=90,000円
- ③ 通勤手当(定期代等)を6か月分または3か月分先払いしている場合は、支払月の賃金台帳の写を添付してください。また、支給対象の内訳(4月～9月分、4/1～9/30分)を明記してください。
- ④ 被保険者の資格喪失後の期間にかかる申請であるときは、事業主の証明は必要ありません。(被保険者から直接健康保険組合へご提出ください)
- ⑤ 申請書の提出は、申請期間に対する賃金が確定(欠勤控除後)した給与支給日以降となります。

社会保険労務士の  
提出代行者印

健康保険 傷病手当金申請書

(医師等記入用)

医師等 が意見 を記入 する ところ	患者氏名																															
	傷病名	(1)											療養の給付	(1)	年	月	日															
		(2)											開始年月日	(2)	年	月	日															
		(3)											(初診日)	(3)	年	月	日															
	発病又は 負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	発病 負傷	発病又は 負傷の原因																									
	労務不能と認め た期間	令和	年	月	日											日間																
		令和	年	月	日											日間																
	上記の期間中に入院 した期間がある 場合はその期間	令和	年	月	日											日間																
		令和	年	月	日											日間																
	診療実日数	労務不能期間中の診療日数										転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																
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
主たる症状および経過(できる限り詳しくご記入ください。)																																
この期間の 傷病状態																																
この期間の 治療状況																																
前月の症状 との比較																																
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所見(必ずご記入ください。)																																
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又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										ア 人工肛門	イ 人工関節	ウ 人工骨頭																			
										エ 心臓ペースメーカー	オ 人工透析	カ その他																				
記載内容について相違ありません。																																
令和 年 月 日																																
医療機関所在地																																
医療機関名称																																
医師の氏名																																
電話番号																																

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。