

記入例

傷病手当金…
業務外のケガや病気の療養のために仕事に就けず、給与が受けられないとき、連続して3日以上休んだ場合次の4日目から支給されます。

この部分には記入しないでください。

*添付書類…
・申請期間の出勤簿(写)
・賃金台帳(写) 他
※内容によっては別途添付書類が必要になる場合があります。

⑪の第三者行為とは…
誰か他の人の行為によって外傷を負ったかという事です。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する項目に○を付けてください

忘れずに押印ください

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

①～⑩ ※記入に際しては別紙「傷病手当金記入上の注意」をよく読んで読れなく記入して下さい。
⑪～⑮ ※添付書類等については別紙「傷病手当金支給決定書」の欄は記入しないでください。
⑯～⑳ 雇用保険受給者については別紙「傷病手当金の支給対象外となります。必ずご覧ください。」

① 被保険者証記号・番号 23 - 4567		② 生年月日 昭和 39年12月1日		③ 被保険者 (フリガナ) 報道 太郎 (申請者) の氏名と印	
④ 被保険者 (申請者) の住所 神奈川県〇〇市〇〇町 △-△△-△△		⑤ 事業所の名称 (勤務先の名称) 〇〇〇株式会社		⑥ 被保険者の標準報酬月額 410 千円	
⑦ 被保険者の資格を取得した年月日 昭和 19年4月1日		⑧ あなたのしていた仕事の内容 (なるべく詳しく) 例 新聞記者 経理事務 等		⑨ 傷病名 1) 左大腿部骨折 2) 右足首捻挫 3)	
⑩ 発病の状態または負傷の原因を詳しく (いつ頃、どんな状態で負傷したかをご記入ください) 例 平成△△年8月30日早朝、自宅階段で転倒し骨折。		⑪ 第三者行為によるものですか ○:いいえ ・ 1:はい		⑫ 労災に該当しますか ○:いいえ ・ 1:はい	
⑬ 療養のため休んだ期間 (申請期間) 平成 △△年 9月 1日 から 平成 △△年 9月 30日 日まで		⑭ 上記期間に報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬の額及びその期間		⑮ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか いいえ ・ 請求中 ・ はい	
⑯ 上の⑮の欄で「はい」の方は、右欄を記入してください。		⑰ 年金コード		⑱ 支給開始年月日	
⑲ 資格喪失者及び任意継続被保険者の方		⑳ 年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額	
⑳ 入院がしたる期時 ⑲ 病院の名称 〇〇〇病院 ⑳ 入院した期間 平成 △△年 9月 1日 から 平成 △△年 9月 20日 日まで		㉑ 病院の所在地 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△		㉒ 健康保険または、自費で入院しましたか (健保) 公費 ・ 自費 ・ その他	
㉓ 介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号		被保険者番号	
事業所担当者印		平成 △△年 10月 21日 提出		※ 受付日付印	
社会保険労務士の提出代行者印		該当する項目に○を付けてください。		※	

被保険者(申請者)が記入するところ

⑪⑫は該当する項目に○を付けてください。

(事業主証明欄)
記入例

該当する項目に○を付けてください。

事業主が証明するところ	⑳ 労務に服さなかった期間	平成 △△ 年 9 月 1 日から 平成 △△ 年 9 月 30 日まで	30 日間		
	㉑ 報酬の締切日支払日	25 日締切	㉒ 報酬の支払い形態 ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()	㉓ 賞与等 年 2 回	
	㉔ うえの期間中の分として支払う報酬関係	(㉕) 全額支給した、は また支給する場合	平成 年 月 日 平成 年 月 日	勤務先で証明を受けてください。	日額 金 円
		(㉖) 一部支給した、は また支給する場合	平成 △△ 年 9 月 1 日から 平成 △△ 年 9 月 5 日まで	の分として	金 40,500 円 (9 月 30 日支払)
(㉗) 交通費の支払 有 / 無		平成 △△ 年 9 月 1 日から 平成 △△ 年 9 月 5 日まで	の分として	金 3,250 円 (9 月 30 日支払)	日額 金 650 円
	(㉘) 現在までもまた 将来も支給しない 場合は、その旨	現在までもまた将来も支給しない			
上記のとおり相違ないことを証明します。平成△△年 10 月 21 日					
該当する項目に○を付けてください	事業所所在地	東京都千代田区〇〇△-△△-△ 〇〇ビル			
	事業所名称	〇〇〇株式会社			
	事業主氏名	代表取締役 〇〇〇 〇〇			
		電話	△△ (△△△) △△△△ 番		

療養担当者が意見を書くところ	患者氏名				
	傷病名	(1)	㉑ 療養の給付開始年月日 (初診日)		
		(2)	(1) 年 月 日		
		(3)	(2) 年 月 日		
	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	発病負傷	発病または負傷の原因	
	㉒ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養費用の別	健保 自費 公費 () その他
	㉓ ㉒ のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	転 帰	治ゆ 繰越 中止 転医
	診療実日数	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		
	㉔ ㉒ の期間中における「主たる手術年月日」	手術年月日	平成 年 月 日		
	退院年月日	平成 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 年 月 日		
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他()	ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー	
上記のとおり相違ありません 医療機関所在地 平成 年 月 日 医療機関の名称 医師の氏名 ㊟ 電話 ()					

医療機関で証明を受けてください。

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。平成 △△ 年 11 月 21 日		
	被保険者住所	神奈川県〇〇市〇〇町 △-△△-△△	
	(申請者)氏名	報道 太郎	
	代理人住所 (事業主)氏名	事業主(勤務先) 記入・押印欄	
		忘れずに押印ください。	㊟ 報道