





## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

医師記入用

記入内容を訂正する場合は、訂正箇所に訂正印または訂正署名が必要です。

療養を担当した医師の記入欄	患者氏名	(男・女) ( 歳)				
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)		(1) 平・令 年 月 日	
		(2)			(2) 平・令 年 月 日	
		(3)			(3) 平・令 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因		
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	診療実日数	日 / , / , / , / , / / , / , / , / , / , /	
		令和 年 月 日まで				
	うち入院期間	令和 年 月 日まで	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		令和 年 月 日まで				
	労務不能と認められた期間中における「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)					
診療実日数が0日だった場合、労務不能と判断された理由						
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						
就労の見込み状況について(1、2 必ずどちらかに○印)						
1. 令和 年 月 日頃から就労可能の見込み						
2. 現時点では不明						
上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)						
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 ( )						

## 【被保険者の方へ】

療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

- ①複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- ②左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。
- ③労務不能と認められた期間について、治療期間でなく療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- ④症状の変化に伴う労務不能状態を明らかにするため、数ヵ月分をまとめることなく1ヵ月単位でご記入ください。



## 療養及び日常生活の状況に関する回答書

傷病手当金支給申請期間中の療養状況及び日常生活状況は、下記のとおりです。

		記入日	令和	年	月	日
所属事業所						
記号番号	—	氏名				
住所	(連絡先電話番号)					

該当箇所に☑、回答は( )内に記入。

## 【療養状況について】

通院方法	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自動車(運転者は、 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人) <input type="checkbox"/> オンライン
通院回数	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に( )日 <input type="checkbox"/> 1か月に( )日 <input type="checkbox"/> その他( )
薬の服用	<input type="checkbox"/> 薬を服用している <input type="checkbox"/> 薬は服用していない 薬を服用している場合は薬名を記してください。 ( )
療養に関して、主治医から指示又は注意を受けている内容を記してください。 ( )	
現在のお体の調子を記してください(自覚症状など)。 ( )	

## 【日常生活状況について】

毎日の過ごし方について教えてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> なにもしていない <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日( )時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> テレビを見ている <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 散歩をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に( )回位) 1回の散歩時間( )分 <input type="checkbox"/> 家事をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に( )回位) 1回の作業時間( )分 上記以外の日常生活での過ごし方について記してください。 ( ) いつ頃から仕事に就くことができそうですか。 <input type="checkbox"/> わからない(未定) <input type="checkbox"/> 令和( )年( )月頃
--

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書【第14回】

被保険者（申請者）記入用

お忘れなくご記入ください。

退職後の傷病手当金をご提出ください。

### 【申請の都度提出】

- ①申請期間に受診された医療機関・調剤薬局の「診療明細書・調剤明細書の写し」(任継者の方は不要)
  - 【初回のみ】
  - ②雇用保険の「受給期間延長通知書の写し」
  - ③加入している健康保険組合の「資格情報のお知らせまたは資格確認書の写し」(任継者の方は不要)
- ※状況により、別途必要な書類をご提出いただく場合があります。

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	63 歳
	被保険者の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	37	7	5	
					<input type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	リョウコ					
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )				△△ 都道府県				△△市△△番△△号
電話番号(日中の連絡先)	TEL 070 ( 0000 ) 1111								△△△マンション601

委任状	被保険者(申請者)	【以下、すべて確認し、チェックを入れてください。また日付を記入のうえ署名してください。】	
		<input checked="" type="checkbox"/>	当組合Webサイト記載の傷病手当金の関連ページ「病気やけがで仕事を休んだとき(解説・手続き・よくある質問)」の内容を理解しました。
		<input checked="" type="checkbox"/>	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職(予定)者も必ずチェックを入れてください。
	氏名	ケンポ	リョウコ
			令和 7 年 9 月 7 日
			

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇	銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	申請期間以降の日付を記入してください。	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/>
	預金種別	1 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456	右づめでご記入ください。
	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。濁点(゜)、半濁点(゚)は1字としてご記入ください。)			
					ケンポ <sup>゜</sup> リョウコ

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記入欄	資料		日
	支給	健保記入欄	
	障害	※被保険者は記入しないでください。	円
	特		

受付日付印

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名

健保 亮子

申請内容

1 傷病名	1) 胃癌	2 発病 または 負傷 年月日	平 5 年 4 月 1 日
	2)		平・令 年 月 日
	3)		平・令 年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		1 1. 病気	(発病時の状況) 激しい胃痛に襲われ、救急搬送された
		2. ケガ	→ 初回のみ別添の負傷原因届を併せてご提出ください。
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和) 年 月 日	
		7 8 1 から	
		7 8 25 まで	日数 25 日間
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)		荷物の仕分け作業	

確認事項

1 雇用保険の失業手当の受給期間延長手続きはしていますか。	1	1. はい → 受給期間延長通知書の写しを添付してください。 2. いいえ 3. 手続き中
2 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、その名称ご記入ください。	1	1. はい → 名称 老齢厚生年金 2. 請求中 3. いいえ
3 「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。	3	1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 3. いいえ
3 - 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)傷病名をご記入ください。		傷病名
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。	3	1. はい 3. いいえ 2. 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 現在、ご加入されている健康保険組合はどちらですか。	2	1. ヤマトグループ健康保険組合の任意継続保険 2. 国民健康保険 3. 家族の健康保険組合 の被扶養者
		2、3の場合、加入している健康保険組合の資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください。

添付していない場合、審査ができませんので、必ず添付してください。

用」は3ページに続きます。>>>

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

医師記入用

記入内容を訂正する場合は、訂正箇所に訂正印または訂正署名が必要です。

療養を担当した医師の記入欄

患者氏名	(男・女)	( 歳)
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)
	(2)	
	(3)	

発病または発症年月日 年 月 日 □ 発病 発病または発症年月日 年 月 日

## 療養担当者(医師)記入欄

※被保険者は記入しないでください。

※療養担当者(医師)に記入を依頼してください。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話

( )

## 【被保険者の方へ】

療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

- ①複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- ②左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。
- ③労務不能と認められた期間について、治療期間でなく療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、**証明日以前の期間**をご記入ください。
- ④症状の変化に伴う労務不能状態を明らかにするため、数ヵ月分をまとめることなく1ヵ月単位でご記入ください。



各項目必ず記入してください。

※回答できない場合、「不明」と記入してください。

※空欄が多い場合、療養状況の確認が難しくなるため、審査が大幅に遅れる可能性があります。

※傷病手当金申請期間中の日常生活や療養状況について、ご回答ください。

の都度提出

		記入日	令和 7 年 9 月 7 日
所属事業所	黒猫センター		
記号番号	11 - 123456	氏名	健保 亮子
住所	△△県△△市△△番△△号△△△マンション601 (連絡先電話番号) 070-0000-1111		

該当箇所に☑、回答は ( ) 内に記入。

【療養状況について】

通院方法	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自動車(運転者は、 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人) <input type="checkbox"/> オンライン
通院回数	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に ( ) 日 <input checked="" type="checkbox"/> 1か月に ( 2 ) 日 <input type="checkbox"/> その他 ( )
薬の服用	<input checked="" type="checkbox"/> 薬を服用している <input type="checkbox"/> 薬は服用していない 薬を服用している場合は薬名を記してください。 ( ○○○○、△△△△ )
療養に関して、主治医から指示又は注意を受けている内容を記してください。 ( 薬の飲み忘れには気をつけること )	
現在のお体の調子を記してください(自覚症状など)。 ( 患部の痛みが時々ある )	

【日常生活状況について】

毎日の過ごし方について教えてください。(複数選択可)	
<input type="checkbox"/> なにもしていない <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日 ( 3 ) 時間ほど横になっている	
<input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> テレビを見ている <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 散歩をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に ( ) 回位)    1回の散歩時間 ( ) 分	
<input checked="" type="checkbox"/> 家事をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 1週間に ( 2 ) 回位)    1回の作業時間 ( 20 ) 分	
上記以外の日常生活での過ごし方について記してください。 ( 特になし )	
いつ頃から仕事に就くことができそうですか。	
<input type="checkbox"/> わからない(未定) <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ( 7 ) 年 ( 12 ) 月頃	