

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受 付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項
	資 格 取 得 日	昭 平 令 年 月 日			資 格 喪 失 日	平 令 年 月 日	
	支 給 開 始 日	平 令 年 月 日			支 給 満 了 日	令 和 年 月 日	
	請 求 ・ 待 機 期 間	平 令 年 月 日 ～ 平 令 年 月 日 ・ 待 機 期 間 / - /					
	支 給 期 間	平 令 年 月 日 ～ 平 令 年 月 日 ( 日 間 )					
	支 給 決 議 金 額	法定給付 (支給日額 円)					円
		報酬調整減額					円
障害厚生年金調整減額 (支給日額 円)					円		
支給金額					円		

**健康保険 傷病手当金支給申請書 [第 回目]**

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和 年 月 日	②事業所名					
	③記号		④番号		⑤氏名			
	⑥生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳	⑦連絡先電話番号			
	⑧傷病名		⑨発病又は負傷の年月日			⑩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		
	⑪傷病手当金の申請期間 (療養のため休んだ期間)		令和 年 月 日から				日間	
	⑫発病又は負傷時の状況 ※負傷(けが)の場合は、 右欄のaからfまでの全ての 項目について回答すること。		(病気の場 合) 発症した日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			
			(ケガの場 合) a.負傷した日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	時 分 (頃)		
			b.負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 帰宅途中 ) <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
			c.負傷場所	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
			d.負傷場所の住所					
			e.負傷した原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 ( <input type="checkbox"/> 被害 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 加害 ) <input type="checkbox"/> 暴力(けんか) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他( )				
	f.負傷したときの状況を詳しく記入							
	⑬障害厚生年金・障害手当金の受給状況 ※受給中の場合は年金証書(両面)の コピーを添付すること。		<input type="checkbox"/> 受給している (傷病名: ) <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給申請中 (申請日: 年 月 日)					
⑭委任状 ※退職者も必ず署名すること。		この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。  被保険者氏名						
⑮退職者 振込先口座		銀行名	支店名	口座番号				
		口座名義(フリガナ)						
		(漢字)						

傷病手当金支給申請書（2枚目）

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 記 入 欄	被保険者（患者）氏名		(男・女) ( 歳)			
	傷病名		発病又は負傷の年月日		診療開始日	
	1.		平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	
	2.		平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	
	3.		平・令 年 月 日		平・令 年 月 日	
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から		日間	
			令和 年 月 日まで			
	労務不能と認めた期間中の外来診療日		/ , / , / , / , / , / , / , / , / , /			
	労務不能と認めた期間中の入院期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	労務不能と認めた期間中の診療実日数		(外来) 日		(入院) 日	
	労務不能と認めた期間中の主たる症状および経過					
	症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見					
『障害厚生年金』の受給申請用の診断書作成について（作成した場合のみ）		診断書の作成日		令和 年 月 日		
		診断書の傷病名				
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。）						
医療機関		令和 年 月 日				
所在地：						
名称：						
医師名：		電話番号：				

事 業 主 の 記 入 欄	労務に服さなかった期間		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△で表示）					出勤日数	有給日数
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				日	日
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				日	日
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				日	日
	上記期間中に報酬を支給した（する）場合			日額	円	日数	日
				金額		円	
	出産の場合 出産予定日		令和 年 月 日		出産の場合 分娩日		令和 年 月 日
	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。）						
	事業主		令和 年 月 日				
	所在地：						
名称：							
氏名：		電話番号：					