

健 保 使 用 欄	支給決議書				常務理事	事務長	担当者	
	受付年月日	令和 年 月 日	資格取得日	昭 平 令 . . .				
	承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 . . .				
	支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】	任継加入 . 任継未加入				
款	項	目	支 給 額					
保 險 給 付 費	法定給付費	傷病手当金					円	
	付加給付費	傷病手当付加金					円	
支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間の平均標準報酬月額			標準報酬月額	円	標準報酬日額	円		
給付該当期間	始期	R 年 月 日	算 法	区 分	標準報酬・年金の日額	支給率	日数	支給額
	終期	R 年 月 日		法 定 給 付	円	2 / 3		円
支 給 期 間	自	R 年 月 日	欄	付 加 給 付	円	2 / 1 5		円
	至	R 年 月 日		報 酬 (給 与)	円			▲ 円
	自	R 年 月 日		老 齢 (退 職) 年 金	円			▲ 円
	至	R 年 月 日		障 害 年 金	円			▲ 円
支給日数	日	支給回数	回	障 害 手 当 金	円			▲ 円
待期間	R 年 月 日 ~ (3日間)	支給停止期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日					

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

1 2 3 4
被保険者 (申請者) 記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		生年月日	年 月 日	年 齢	歳
	氏 名	(フリガナ)		昭和 平成			
	住 所	(〒 -)	(都道府県)			事業所/所属先	
	電話番号	【自宅】 ()		【携帯】 ()			

振 込 先 指 定 口 座	*退職後、他の健康保険に加入された方と、被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。						
	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他 []	支店コード	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通 別段 当座 通知	口座番号	口座名義の区分	1. 被保険者 2. 代理人		
	口座名義	(カタカナ)	「2」の場合は受取代理人欄を記入				

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	(〒 -) 【TEL】 ()	被保険者と代理人との関係
		住 所 (都道府県)	
	氏 名		
	*別途「傷病手当金遺族支給申請書」と「関係が判る書類」の添付が必要です。		

委 任 状 欄	被保険者 (申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日	令和 年 月 日
	事業主名	氏 名	住所 [被保険者 (申請者) 情報] の住所と同じ	
	*退職された方は、記入不要です。			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

＜当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。＞

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

1 2 3 4
被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

申請内容	1 傷病名	(1) (2) (3)	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 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 業務外の病気・ケガ ② 業務上 (仕事中・通勤途上) の病気・ケガ *【事業所への届出と、労災・通災の手続きを行なってください】 ③ 自損による交通事故 *【自損事故発生状況報告書の提出が必要です】 ④ 第三者行為 (交通事故・傷害・暴行) *【第三者の行為による傷病届の提出が必要です】 ※労災保険及び第三者の行為により休業補償給付を受けている場合は請求できません。		
	4 発病または負傷の原因・状況を詳しくご記入ください。(どこでどのように・・・)			
5 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	日数	日間
6 あなたの仕事の内容 (退職後の申請の場合は退職前の内容)	① 事務職 ② 営業職 ③ 製造業 ④ その他 → { }			

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間 (申請期間) に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ
	1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる) 期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 円 令和 年 月 日 まで
退職された方はご記入ください	2 「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。	1. はい → (障害厚生年金) 2. 請求中 3. いいえ (障害手当金)
	2-① 「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) 傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 平成 年 月 日 年金額 (年額) 円 令和
	3 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、その名称をご記入ください。	1. はい → (名称) 2. 請求中 3. いいえ
	3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 平成 年 月 日 年金額 (年額) 円 令和
4 退職後に加入した健康保険はどちらですか。	① 森永健康保険組合 (任意継続者) ② 国民健康保険 ③ その他 → (本人) (家族)	
5 退職後、30日以上になった翌日から1ヵ月以内に、雇用保険の失業手当受給期間の延長手続きをしましたか。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ (1, 2は「受給期間の延長通知書の写し」、3は「離職票の写し」を健保組合に提出しましたか。 <input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 提出予定	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

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勤務状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者証の 記号と番号	—		被保険者氏名																														
	負傷原因に業務上 と記載がある場合 の労災申請の確認	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請予定	現在の 勤務状況	<input type="checkbox"/> 休業 継続中	【復職・退職】予定あり 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 復職 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職 令和 年 月 日																												
	労務に服さなかった期間 (有休・公休日を含む)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		() 日間	報酬の有無にかかわらず、 待期間(連続3日間休業) の初日より記入して下さい。																													
	*出勤簿等の写しを添付する場合は記入省略可。(出勤簿の添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)																																	
	勤務状況	【出勤は○】で、【有休は△】で、【欠勤は/】で、【公休は公】で、それぞれ表示してください。					出勤	有休																										
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	上記労務に服さなかった期間 中の賃金の支払状況について <u>(1)、(2)のいずれ かに○をつけてください。</u>	(1) 上記労務に服さなかった期間分について、現在までもまた将来も支給しません。 (2) 全部または一部支給した(する)。 ※下記にその内訳を記入してください。																																
	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 歩合給	賃金計算	締日	毎月	日締切																										
	<input type="checkbox"/> 時給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> その他		支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日払い																											
* 労務に服さなかった(有休日を含む)期間分について支払いが発生しない区分は記入不要です。																																		
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	日額 (月給以外 の場合)	月 日 ~ 月 日 支給額	月 日 ~ 月 日 支給額	月 日 ~ 月 日 支給額	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) について記入してください。																											
	基本給																																	
	通勤手当																																	
	住居手当																																	
	扶養手当																																	
	手当																																	
	手当																																	
	現物給与																																	
欠勤控除分																																		
計																																		
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							担当者氏名																											
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名																																		
事業所電話 ()																																		

◎記入箇所を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

※この書類（4枚目）と同内容であれば、医療機関発行の意見書類添付可

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	発病または負傷年月日			平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷					
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)			平成 令和	年	月	日					
		(2)				平成 令和	年	月	日					
		(3)				平成 令和	年	月	日					
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から	日間	発病または負傷の原因										
		令和 年 月 日 まで												
	うち入院期間	令和 年 月 日 から	日間 入院											
		令和 年 月 日 まで												
	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ()	転記	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止	手術年月日		令和	年	月	日				
		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転院	退院年月日		令和	年	月	日				
上記期間中の診療実日数	日	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											
<1>上記の期間中における「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） 														
<2>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 														
障害年金診断書について	診断書の記載 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受診状況等説明書の記載 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	診断書の傷病名											
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()							
上記の通り相違ありません。 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 医療機関の電話 ()														

◎記入箇所を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。