



# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 1 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) 橈骨遠位端骨折 (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。	<input checked="" type="radio"/> 1 業務外の病気・ケガ <input type="radio"/> 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】 <input type="radio"/> 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】 <input type="radio"/> 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・・・)	帰宅後、自宅棚の上の荷物を降ろす作業をしていて足台を踏み外し転倒し、手をついた際左手を骨折した。		
5 療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 ○○年 10月 16日 から	令和 ○○年 11月 30日 まで	日数	46 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. 事務職 <input type="radio"/> 2. 営業職 <input type="radio"/> 3. 製造業 <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 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 10月 1日 から 報酬額 231,429 円 令和 ○○年 10月 25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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 3. いいえ <input type="radio"/> 2. 請求中
	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    昭和    年 月 日    年金額 (年額) 円 平成
	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。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 3. いいえ <input type="radio"/> 2. 請求中
	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    昭和    年 月 日    年金額 (年額) 円 平成
	4 退職後に加入した健康保険はどちらですか。	<input type="radio"/> 1 森永健康保険組合 (任意継続者) <input type="radio"/> 2 国民健康保険 <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. 請求中 <input type="radio"/> 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

## 事業主が記入

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	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	被保険者氏名	〇〇 〇〇〇
	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 checked="" type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請予定	現在の勤務状況	<input checked="" type="checkbox"/> 休業継続中 <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) 令和〇〇年10月16日 から 令和〇〇年11月30日 まで (46 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  あり  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
令和〇〇年10月	①②公公⑤⑥⑦⑧⑨休休休⑬⑭⑮休休休⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚	10日	6日
令和〇〇年11月	<del>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</del>	0日	0日
令和 年 月	10/26以降11/30まで連続欠勤で無給		

連続欠勤の場合は、線を引き「全日欠勤」等の記入で可。

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 (1)、(2)のいずれかに○をつけてください。

(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 checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	毎月	末日締切
			支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	25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。

区分	期間	日額 (月給以外の場合)	10月 1日~	10月 1日~	10月 1日~	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。
			10月 25日分 支給額	10月 31日分 支給額	10月 31日分 支給額	
基本給			231,429	270,000	270,000	例1 10/26~10/30の欠勤5日間分を控除した金額です。
通勤手当					25,000	
住居手当					15,000	
扶養手当						例2 欠勤控除分は10/26~10/30の5日間分です。
手当						
手当						例3 欠勤控除分は、10/26~10/30の5日間分の基本給のみで、手当の欠勤控除はありません。
現物給与						
欠勤控除分				-38,571	-38,571	
計			231,429	231,429	271,429	

上記の通り相違ないことを証明します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日

担当者氏名 〇〇〇〇

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

事業所名称 〇〇〇〇 (株)

事業主氏名 代表取締役〇〇〇〇

事業所電話 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇

必ず記入

※ 労務に服さなかった期間が無給の場合は、上記(1)を○で囲んでください。(1)の場合、この欄は記入不要です。

※ 手当も欠勤控除がある場合は、その内容と内訳を記入してください。(翌月控除であっても当月で記入)

※ 残業代は含めないでください。

※ 記入例のとおりでなくても、わかるように記入していただければ結構です。

明者の氏名 (サイン) をご記入ください。

「扶養担当者記入用」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	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 年 月 日																										
		(2)						平成 年 月 日																										
		(3)						平成 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
		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」「経過観察」「療養指導」等（詳しく） <div style="text-align: center; color: magenta; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">療養を担当した 医師等が記入</div>																																		
<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。