

健康保険 傷病手当金 支給申請書

必ず、届出日(送付日)を記入してください。

被保険者(申請者)記入用

届出日 令和 3 年 7 月 10 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号・番号	20 - 555555	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	50年 10月 15日
	申請者の氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康太郎	申請者が被保険者以外の時	被保険者の氏名 被保険者の続柄	
	申請者の住所	(〒 000 - 0000) 広島県広島市〇〇区〇〇町〇-〇 〇〇マンション101			
	電話番号(日中の連絡先)	勤務先 012 (345) 6789	その他	090 (111) 2222	
当健康保険組合加入前に、健康保険の被保険者として加入していた医療保険の有無(初回申請時のみ記入)		<input checked="" type="checkbox"/> 1	1. あり 2. なし	「あり」のときは、「加入状況等報告書」	必ず、被保険者本人が、手書きで氏名を記入してください。
私は本申請書の提出を事業主へ委任します。		(委任する場合は署名)	氏名	健康太郎	
私は本申請の支給決定にあたり、中国電力健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業主および負傷に関わった団体等に対して中国電力健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。				必ず、被保険者本人が、手書きで氏名を記入してください。	
また、上記照会を行うにあたり、中国電力健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会を行うことについて了承致します。なお、本書の写しも有効と致します。		※同意いただけない場合、支給の可否が判断できない場合があります。			
令和 3 年 7 月 10 日		(同意する場合は署名)	氏名	健康太郎	

- ※ 被保険者の死亡後に遺族が申請する場合であって、申請者が被扶養者でなかったときは、申請者が相続人であることが確認できる書類の写しが必要です。
- ※ 申請期間の初日の属する月を含む12か月の間に、勤務先に変更があった場合(保険者も変わった場合は除く)または加入していた健康保険組合に合併、分割等が生じた場合は、「傷病手当金・出産手当金に係わる勤務先等変更届出書」を添付してください。

申請内容	傷病名	1) 脳損傷	発病または負傷年月日	令和 3 年 6 月 15 日
		2)		令和 年 月 日
		3)		令和 年 月 日
該当の傷病は、病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ		(発病または負傷時の状況) 6月15日、自宅にて階段を踏み外し、頭部を強く打った		
療養のため休務した期間(申請期間)		令和 0 3 0 6 1 6	~ 令和 0 3 0 6 3 0	日数 15 日間
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		事務職(システムエンジニア)		

支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
支給日数	日 支給額 円

「被保険者(申請者)記入用」は2ページに続きます。>>>

詳細は、別添「支給決議書」のとおり

健保組合	伺			決定年月日			入力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

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

被保険者の氏名 **健康 太郎**

確認事項

1 当該申請の傷病の療養のため休務した期間（申請期間）に報酬（手当も含む）を受けましたか。または、今後受けられますか。

1. 受けた
 2. 受けていない

1 - ① 上記で、「受けた」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 3 年 6 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 30 日 まで

報酬額 30,000 円

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. 受給している
 2. 請求中
 3. 受給していない

(1. 受給しているとき)
 1. 障害厚生年金
 2. 障害手当金

2 - ① 上記で、「受給している」と答えた場合全ての項目についてご記入ください。

傷病名 高次脳機能障害

基礎年金番号 1234 - 123456

年金コード 0330

支給開始年月日 平成 令和 2 年 5 月 2 日

年金額 870,000 円

「受給している」と答えた場合は、支給決定通知書の写しを添付してください。

3 （健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。）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。

3. 1. 受給している
 2. 請求中
 3. 受給していない

(1. 受給しているとき)
名称

3 - ① 上記で、「受給している」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。

基礎年金番号

年金コード

支給開始年月日 平成 令和 年 月 日

年金額 円

「受給している」と答えた場合は、年金証書・支給決定通知書等の写しを添付してください。「請求中」と答えた場合であって、受給するに至った場合は、速やかにご連絡ください。

4 今回の申請は労災保険から休業補償給付、または国家公務員災害補償法等の規定による給付、地方公務員災害補償法または同法に基づく条例の規定による給付を受けている期間のものですか

5. 1. 労災から給付を受けている
2. 国家公務員災害補償法等の規定による給付を受けている
3. 地方公務員災害補償法または同法に基づく条例の規定による給付を受けている
4. 労災請求中
5. いずれも受けていない

※ 労働基準監督署等に対して、受給状況を確認させていただくことがあります。

「1」～「3」と答えた場合は、支給決定通知書の写しを添付してください。「4」と答えた場合であって、受給するに至った場合は、速やかにご連絡ください。

4 - ① 上記で「1」または「2」と答えた場合支給元（請求先）の労働基準監督署の名称をご記入ください。

労働基準監督署

5 介護保険サービスを受けたとき

保険者番号

保険者名称

被保険者番号

6 この届出については、①または②の要件を満たしたものですか

- ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである
② 記載内容は誤りがないか申請者本人が確認している。

1. はい
 2. いいえ

必ずご記入ください。記入漏れの場合は、返却させていただきます。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

医療機関（療養担当者）記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者（被保険者）の氏名			
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 令和 年 月 日
	(2)		(2) 令和 年 月 日
	(3)		(3) 令和 年 月 日
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	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 令和 年 月 日まで 日間		
うち、入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 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	
		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	
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）			手術年月日 令和 年 月 日
			退院年月日 令和 年 月 日
医療機関（療養担当者）に証明をもらってください。			
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			
上記のとおり相違ありません。 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		電話 ()	

記入例

1	患者氏名 協会 太郎
2	1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日) 平成 26 年 4 月 22 日
4	発病または負傷年月日 平成 26 年 4 月 22 日 労務不能と認められた期間 平成 26 年 5 月 12 日から 21 日間 発病または負傷の原因 左肩部強打
5	うち、入院期間 平成 26 年 5 月 12 日から 21 日間 療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
5	診療実日数 5 診療日を○で囲んでください。
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） 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 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もハビリが必要であったため、 労務不能と認められました。	
上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日	
医療機関の所在地 東京都品川区△△△ 1-1	
医療機関の名称 ○○総合病院	
医師の氏名 保険 五郎 電話 03 (△△△△)△△△△	

- 【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】**
- 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。
 - 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
 - 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。
 - 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
 - ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

【被保険者の方へ】

事業主に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

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および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																			
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																		出勤	有給
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日	日	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日	日	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日	日	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月			
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																			
区分	期間	単価	月 日 ~ 月 日 分		月 日 ~ 月 日 分		月 日 ~ 月 日 分		支給額		支給額		支給額							
			支給額		支給額		支給額													
支給した(する)賃金内訳	基本給																			
	通勤手当																			
	住居手当																			
	扶養手当		事業主に証明をもらってください。																	
	手当																			
	手当																			
現物給与																				
計																				
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、詳しくご記入ください。																				
上記のとおり相違ないことを証明する。										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										電話 ()										

※ 事業主が証明する勤務状況の詳細および支給した賃金内訳について、出勤簿・賃金台帳等で代用できる場合はその写しを添付することにより代用可能です。
 ※ 記入内容を訂正する場合は、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)を記入してください。