

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

|                                                          |                                                                                                             |                            |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|-----------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|---------------------------|-------------|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証等の<br>記号番号                                                                                             | 記号                         | 被保険者<br>資格取得日 | 平成        | 年                                                  | 月                    | 日           | 被保険者<br>資格喪失日<br>(喪失後の場合) | 令和          | 年 | 月 | 日 |
|                                                          |                                                                                                             | 番号                         |               | 令和        |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          | 被保険者<br>(請求者)<br>氏名                                                                                         | フリガナ                       |               |           |                                                    | 被保険者<br>(請求者)<br>住 所 | 〒           |                           |             |   |   |   |
|                                                          |                                                                                                             |                            |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          | 生年月日                                                                                                        | 昭和 ・ 平成 年 月 日              |               |           |                                                    | 電話 ( )               |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          | 事業所名<br>及び部署                                                                                                | (部署名)                      |               |           |                                                    |                      | 電話 ( ) (内線) |                           |             |   |   |   |
|                                                          | 傷 病 名                                                                                                       |                            |               |           |                                                    |                      |             | 発病又は<br>負傷年月日             | 平成<br>令和    | 年 | 月 | 日 |
|                                                          | 発病の状態<br>又は負傷の<br>原因を詳しく                                                                                    |                            |               |           |                                                    |                      |             | 第三者の行為に<br>よるものですか        | いいえ ・ はい    |   |   |   |
|                                                          | 傷病又は<br>負傷で療養<br>するため<br>休んだ期間                                                                              | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          | うえに書いた期間の部分の報酬（賃金）を<br>受けましたか、又は受けられますか                                                                     | 現在まで                       | 受けた ・ 受けない    |           |                                                    |                      | 将 来         | 受けられる ・ 受けられない            |             |   |   |   |
|                                                          | 報酬支払を受けたとき（受けられる）ときは、そ<br>の報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（な<br>る）期間                                                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで         |               |           |                                                    | の日分として 円             |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          | 障害厚生年金又は障害手当金受給<br>の有無                                                                                      | 有 ・ 無 ・ 請求中                |               |           |                                                    | 基礎年金番号               |             |                           |             | — |   |   |
|                                                          | 受給病名                                                                                                        |                            |               |           |                                                    | 障害厚生年金<br>手当金の額      |             | 円                         |             |   |   |   |
|                                                          | 業務上または通勤が原因となった<br>負傷または疾病ですか                                                                               | いいえ・はい                     |               | はいの<br>場合 | 同一の疾病又は負傷による労働者災害補償保険法等<br>に基づく、休業・傷病・障害補償給付等受給の有無 |                      |             |                           | 有 ・ 無 ・ 請求中 |   |   |   |
|                                                          | 任意継続被保険者<br>・ 資格喪失者の方                                                                                       | 老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無      |               |           | 年金コード又は記号番号もしくは番号                                  |                      |             |                           | 年金額         |   |   |   |
| 有 ・ 無 ・ 請求中                                              |                                                                                                             |                            |               |           |                                                    |                      | 円           |                           |             |   |   |   |
| 無職無収入<br>の証明                                             |                                                                                                             | 年 月 日から<br>年 月 日まで         |               |           |                                                    | 日間 無職無収入でありました。      |             |                           |             |   |   |   |
| 備<br>考                                                   | 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関                                                                                  | 銀 行 本 店<br>金 庫 支 店         |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          |                                                                                                             | 支店番号                       |               |           |                                                    | 普通・当座                | 口座番号        |                           |             |   |   |   |
|                                                          |                                                                                                             | 口座名義人(フリガナ)                |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          |                                                                                                             | ※被保険者名義の口座を必ずご記入ください       |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
| 備<br>考                                                   | 個人番号(マイナンバー) (任意)<br>(被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)                                                              |                            |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |
|                                                          | ※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の<br>2書類の書類を添付してください。<br>①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し<br>②運転免許証又はパスポートの写し |                            |               |           |                                                    |                      |             |                           |             |   |   |   |

社会保険労務士記載欄

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

|             |                                        |                             |                      |                         |                       |     |
|-------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|-----|
| 事業主が証明するところ | 労務に服さなかった期間                            |                             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 日間                      | 給与の締日 及び 支払日<br>日締 日払 |     |
|             | うえの<br>期間中<br>の分と<br>して支<br>払う報<br>酬関係 | 報酬を全額又は一部<br>支給した（する）<br>場合 | 支給期間                 | 支給額                     | 日額                    | 支払日 |
|             |                                        |                             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |                         |                       |     |
|             |                                        |                             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |                         |                       |     |
|             |                                        |                             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |                         |                       |     |
|             |                                        | 現在まで又は将来も<br>支給しない場合        | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | の分の報酬は、現在までも又将来も支給しません。 |                       |     |
|             | 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日              |                             |                      |                         |                       |     |
|             | 所在地                                    |                             |                      |                         |                       |     |
|             | 事業主                                    |                             |                      |                         |                       |     |
|             | 名 称                                    |                             |                      |                         |                       |     |
| 氏 名         |                                        |                             |                      |                         |                       |     |
| 電 話         |                                        |                             |                      |                         |                       |     |

|                    |                                                 |                      |    |                 |                        |  |
|--------------------|-------------------------------------------------|----------------------|----|-----------------|------------------------|--|
| 療養を担当した医師が意見をかくところ | 患 者 氏 名                                         |                      |    |                 |                        |  |
|                    | 傷 病 名                                           |                      |    |                 |                        |  |
|                    | 発 病 又 は 負 傷 年 月 日                               | 年 月 日                |    |                 |                        |  |
|                    | 療養の給付を開始した年月日                                   | 年 月 日                |    |                 |                        |  |
|                    | 発 病 又 は 負 傷 の 原 因                               |                      |    |                 |                        |  |
|                    | 労 務 不 能 と 認 め た 期 間                             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 日間 | 左の期間中の<br>診療実日数 | 日間                     |  |
|                    | 傷 病 の 主 状 態<br>及 び 経 過 概 要                      |                      |    |                 |                        |  |
|                    | う え の 期 間 中 に<br>入 院 し た 期 間 が<br>合 合 は そ の 期 間 | 年 月 日 から             | 日間 | 入 院 の<br>費用の別   | 健 保 ・ 公 費<br>自 費 ・ その他 |  |
|                    |                                                 | 年 月 日 まで             |    |                 |                        |  |
|                    | 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日                       |                      |    |                 |                        |  |
| 所 在 地              |                                                 |                      |    |                 |                        |  |
| 医 師 医療機関名          |                                                 |                      |    |                 |                        |  |
| 氏 名                |                                                 |                      |    |                 |                        |  |
| 電 話                |                                                 |                      |    |                 |                        |  |