

健保組合記入欄	決定額	円	
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	差額調整日数	☐ 無 ☐ 有 (日間)	
	不支給期間	☐ 報酬有【出勤・有給・他】 (日間)	
		☐ その他()	
	標準報酬	日額 円	
備考			

資格取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日		
決定	令和 年 月 日		
支給	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	係	

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被保険者が記入する欄	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 被保険者の氏名(自署)	(フリガナ) 男 女	区分	☐ 在職者 ☐ 退職者	
	③ 被保険者の現住所等	〒 ※都道府県名から記入 電話番号 (— —)					
	④ 事業所名称及び支店名			⑤ 従事する業務の内容			
	⑥ 傷病名			⑦ 第三者行為による負傷ですか	はい ・ いいえ (はい のときは別途「傷病届」を提出)		
	⑧ 発病(負傷)の年月日及び原因	(いつ)		年 月 日 / 午前 ・ 午後 時 分頃			
		(何处で何をしています)					
		(どうなった)					
		【傷病の経過】		治癒 ・ 治療中 (入院 ・ 通院)			
	⑨ 療養のために休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					
	⑩ ⑨期間中の報酬の支払い及び⑨期間中の勤務状況	報酬	☐ 受けた ☐ 今後受ける	☐ 受けない ☐ 今後受けない	休職給の支給	有 ・ 無	出勤日数(有休含む)
⑪ 年金等の受給について ※受けている又は請求中のときは、種別等を記入	☐ 受けていない ☐ 請求中 ☐ 受けている		種 別	障害年金 ・ 障害手当金 ・ 老齢年金 ・ その他 ()			
			受給要因の傷病名		受給額		
			基礎年金番号		受給開始日		
委任欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署)						
退職者記入欄	※被保険者が「退職している(任意継続含む)」場合に記入。 <<名義は被保険者に限る>>						
	金融機関名	銀行 組合 金庫 農協		支店名	本店 出張所 支店		
	口座番号			預金種別	普通 ・ 当座		
療養担当医師の意見欄	傷 病 名			発病又は負傷の原因			
	発病又は負傷日	令和 年 月 日		療養給付開始日	令和 年 月 日		
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 日間		期間中の診療実日数	日間		
		令和 年 月 日 まで		診 療 最 終 日	令和 年 月 日		
	傷病の主症状及び経過概要 (できるだけ詳細にご記入ください) ※診療実日数が0日の時はその理由も。						
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関 名称 医 師 氏 名 (Tel: — —)					受 付 印	

健保組合記入欄	決定額	円	資格取得	昭・平・令	年	月	日
	支給期間	年 月 日から 年 月	資格喪失	令和	年	月	日
	差額調整日数	☐ 無 ☐ 有 ()		令和	年	月	日
	不支給期間	☐ 報酬有【出勤・有給】 ☐ その他()	事務長	係			
	標準報酬	日額 円					
	備考						

記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被保険者が記入する欄	① 被保険者証の記号・番号	記号 1 番号 4321	② 被保険者の氏名(自署)	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	男 女	区分	☒ 在職者 ☐ 退職者
	③ 被保険者の現住所等	〒 123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ハイツ201 電話番号 (0123 - 456 - 7890)					
	④ 事業所名称及び支店名	関東いすゞ自動車(株)〇〇支店		⑤ 従事する業務の内容	大型車整備		
	⑥ 傷病名	胃潰瘍		⑦ 第三者行為による負傷ですか	はい ・ いいえ (はいのときは別途「傷病届」を提出)		
	⑧ 発病(負傷)の年月日及び原因	(いつ) 令和 Δ 年 4 月 13 日 / 午前 ・ 午後 5 時 30 分頃 (何処で何をしていた) 自宅で就寝中 (どうなった) 明け方に激しい腹痛に襲われ、しばらくしても痛みが治まらなかったため、自宅近くの総合病院を受診したところ、そのまま緊急入院となった。 【傷病の経過】 治癒 ・ 治療中 (入院 ・ 通院)					
	⑨ 療養のために休んだ期間(請求期間)	令和 Δ 年 6 月 13 日 から 令和 Δ 年 6 月 27 日 まで 15 日間					
	⑩ ⑨期間中の報酬の支払い及び⑨期間中の勤務状況	報酬	☒ 受けた ☐ 今後受ける	☐ 受けない ☐ 今後受けない	休職給の支給	有 ・ 無	出勤日数(有休含む) 7 日間
	⑪ 年金等の受給について ※受けている又は請求中のときは、種別等を記入	☒ 受けていない ☐ 請求中 ☐ 受けている		種別	障害年金・障害手当金・老齢年金・その他()		
				受給要因の傷病名	受給額		
				基礎年金番号	受給開始日		
委任欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名(自署) 健康 太郎 令和 Δ 年 7 月 8 日						
退職者記入欄	※被保険者が「退職している(任意継続含む)」場合に記入。《名義は被保険者に限る》						
	金融機関名	銀行 組合 金庫 農協	支店名	本店 出張所 支店			
	口座番号		預金種別	普通 ・ 当座			
療養担当医師の意見欄	傷病名			発病又は負傷の原因			
	発病又は負傷日	令和 年 月 日		療養給付開始日	令和 年 月 日		
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		期間中の診療実日数	日間 診療最終日 令和 年 月 日		
	傷病の主症状及び経過概要 (できるだけ詳細にご記入ください) ※診療実日数が0日の時はその理由も。						
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日						
	医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名 (Tel: - -)						

受付印

《 添付書類 》

1. 在職期間中の療養に対し申請する場合
 - ①所属事業所の事業主による勤務状況の証明書
※本社の担当者宛てに証明依頼をしてください。
※退職後の期間にかかる申請であるときは、事業主の証明書は不要です。
2. 各種年金、障害手当金を受給している場合
 - ①受給している年金の証書のコピー
 - ②直近の支払（振込）通知書のコピー
 - ③障害者手帳をお持ちの方はそのコピー
3. 負傷の原因が第三者によるものである場合
 - ①当組合指定の傷病届
※傷病届の用紙は、当組合までご連絡ください。

《 記入上の注意事項 》

1. 委任欄は、退職者（任意継続被保険者含む）以外は必ず署名をしてください。
2. ①欄の記号・番号は、保険証に記載されています。
※退職者の方は、在職中の保険証の記号・番号を記入してください。
※「保険者番号」ではありませんのでご注意ください。
3. ②欄右端の区分は、給付申請時の区分にチェックを入れてください。
4. ⑧欄「発病（負傷）の原因」は、できるだけ詳細に記入してください。
記入が不十分であったり、確認事項がある場合には、組合より照会を行うことがあります。
なお、発症（負傷）の状況がはっきりわからない傷病の場合は、異変に気付いたときの状況や受診に至ったときの状況など、わかる範囲でご記入ください。
【例】（いつ） 平成〇年〇月頃
（何処で何をしていた） 自宅、会社、外出先などで不意に
（どうなった） この頃から頭痛、倦怠感などを度々感じるようになり、集中力も低下、強い不安感などから外出にも支障をきたすようになり医師の診察を受けた。
5. ⑩欄「⑨期間中の報酬の支払い及び⑨期間中の勤務状況について」の報酬については、請求期間中に報酬を一部でも受けた（受ける）場合には「受けた（今後受ける）」にチェックを付けてください。

《 その他の注意事項 》

1. 療養中の生活保障給（給与の代わりとなるもの）ですので、なるべく1ヶ月ごとに申請していただきますようお願いいたします。
2. 添付書類は、記載された文字や数字がはっきりと読み取れるものにしてください。
コピーのコピーやFAXなどの場合、文字が潰れている不鮮明なものは受付できません。
3. 傷病手当金と出産手当金が同時に受けられるときは、出産手当金が優先され、その間の傷病手当金は支給されません。
4. 労災保険の休業補償給付を受けているときは、傷病手当金は支給されません。
※ただし、休業補償給付の額が傷病手当金の額に達しないときは、その差額が支給されます。
5. 雇用（失業）保険と傷病手当金を同時に受けることはできません。