

被保険者の
注意事項

1. ②は、「マイナポータル」資格情報のお知らせ「資格確認書（健康保険証）」に記載されています。わからない場合はマイナンバーを記載してください。
2. ⑦は、「検査員」「営業」「機械組立」または「経理担当事務」などと具体的に記載してください。
3. 退職後の申請の場合は、在職中の業務の種別を記載してください。
- ⑩は、負傷したときの状況をなるべく詳しく、「いつ」「どこで」「何を」「どうしているとき」「どのように」「どこを」「どうした」というように具体的に記載してください。また、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。
4. ⑫の④は、申請書を提出するとき現在までのことを「受けた」「受けられない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて、二つの事項を丸で囲んでください。
5. ⑬、⑭、及び⑮は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、「はい」「請求中」を丸で囲んだ場合は、右の⑦から⑨を記載のうえ、別途、提出書類が必要になりますので、健康保険組合にご連絡ください。
6. 給付金の受領を代理人に委任する場合、それぞれ委任状に記載してください。

健康保険

傷病手当金支給申請書

①（第 回目）

被 保 険 者 が 記 載 す る と こ ろ	②被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。				
	③被保険者 （申請者） の氏名	(フリガナ)		④生年月日	昭和 平成	年	月	日
	⑤被保険者 （申請者） の住所	〒 _____ ○○方、マンション名など明確に記載してください。						
	⑥事業所名			⑦被保険者の 業務の種別	(例) 検査員、機械組立、経理担当事務など			
	⑧傷病名			⑨発病または 負傷年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	⑩発病の状態 または負傷の 原因を詳しく	負傷の場合はいつ、どこで、何を、どうしているとき、どのように、どこを、どうしたというように具体的に記載してください。						
	⑪疾病または 負傷の療養を するために休 んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間				
	⑫うえの⑩に記載した期間の報酬を 受けましたか、または受けられますか		受けた ・ 受けない		受けられる ・ 受けられない			
	⑬報酬支払を受けたとき、または受けら れるときは、その報酬の額とその報酬 支払の基礎となった(なる)期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		の分として			円
	⑬障害年金は 障害手当金を 受けていますか	はい 請求中 いいえ	⑭年金の種別	障害年金 障害手当金	⑮年金の支給 事由となった 傷病名			
		⑯基礎年金番号 及び年金コード						
		⑰支給開始 年 月 日	年 月 日	⑱年金額	円			
⑭【退職した方】 老齢、退職を 事由とする公 的年金を受け ていますか	はい 請求中 いいえ	⑭年金の種別		⑮支給開始 年 月 日	年 月 日			
		⑯基礎年金番号 及び年金コード			⑰年金額	円		
⑮労災保険から 休業補償給付を 受けていますか	はい ・ 請求中 ・ いいえ		支給元(請求先)の 労働基準監督署		⑰			
		労働基準監督署						

委任状

私は下記のものを代理人と定め、
傷病手当金の受領を委任します。 令和 年 月 日
本人住所氏名 ⑱
代理人住所氏名 ⑲

令和 年 月 日提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)

(銀行・金庫 本店 預金 普通 口座
信組・農協 支店 種目 当座 番号)

フリガナ

口座名義

◎ 出勤簿・賃金台帳のコピーを添付してください。

事 業 主 が 記 載 す る と こ ろ	⑮被保険者 氏名							
	⑯勤務に服さな かった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				出勤 日	有給 日	
	⑰被保険者の	給与の 種類	月給・日給・時間給・歩合給 その他()		賃金計算	締日 日	支払日 当月 翌月 日	
	⑱⑰の期間の分 として、報酬 の全部または 一部支給した (する)場合	支給項目	支給期間			支給額	計算方法	
			年 月 日～ 年 月 日 日間	円				
			年 月 日～ 年 月 日 日間	円				
			年 月 日～ 年 月 日 日間	円				
			年 月 日～ 年 月 日 日間	円				
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ⑲ 電 話 ()							

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 載 す る と こ ろ	⑳患者氏名							
	㉑傷病名	(1)	㉒初診日 (療養の給 付を開始した 年月日)	(1) 年 月 日				
		(2)		(2) 年 月 日				
		(3)		(3) 年 月 日				
	㉓発病または 負傷年月日	年 月 日	㉔労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
	㉕発病または 負傷の原因		㉖㉕の期間の 入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
			㉗㉕の期間の 診療実日数	日間	㉘療養費 用の別	健保・公費・自費		
			㉙㉕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・前月の症状との比較等について詳しく記載してください。					
	㉚傷病の主状態 及び経過概要	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について記載してください。						
	うえ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 ⑲ 電 話 ()							

【共通する注意事項】

16. ⑪、⑯、㉔及び㉖の期間の計算は、両端入れて計算してください。例えば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。

事業主の
注意事項

7. ⑰は、被保険者が傷病のため休んだ期間を記載してください。また、その期間に出勤や有給等がある場合は、その日数を記載してください。
8. ⑱は、被保険者の給与の種類を丸で囲み締日支払日を記載してください。
9. ⑲は、賃金の支給がある場合、賃金計算期間における基本給や各種手当等の支給状況及び欠勤控除の計算方法を記載してください。
10. 被保険者の資格を喪失した後の労務に服さなかった期間は、事業主の証明を要しません。

医師の
注意事項

11. ㉑は、複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記載してください。
12. ㉒は、㉑の傷病名について、その初診日を記載してください。
13. ㉓は、治療期間ではなく、療養のために就労できなかったと認められる期間とその日数を記載してください。また、証明日以前の期間を記載してください。
14. ㉔は、該当する文字を丸で囲んでください。
15. ㉕は、主たる症状及び経過等、また、労務不能と認められた医学的所見を詳しく記載してください。