

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 -)		
	電話番号	TEL		
	Email:			

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義 (カタカナ)	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。） <input type="text"/>	

注)
傷病手当金には審査があり、健康保険法及び関係法令等に基づき「療養のため労務に服することができない」という事実を確認して支給の判断をいたします。
申請書を事業主にご提出いただいた後、事業主（会社）が勤怠・給与等を確認して、健保組合に申請書が送付されてきます。勤怠や給与の締めが終わってからの証明になるので時間を要します。
これらにより、提出されて以降、実際の支払いまでに数か月かかる場合があります。傷病手当金の支給・不支給決定は文書で通知しますので、文書が届出住所に届かない場合は審査中という状態になります。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1) 傷病名	2) 傷病名	3) 傷病名	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 type="checkbox"/> 1. 病気	(発病時の状況を詳しく)		
				<input type="checkbox"/> 2. ケガ	➡ 負傷原因届を併せてご提出ください		
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和) 年 月 日	から	日数	日まで 日間		
5 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)							

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 type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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 月 日 から	令和 年 月 日 まで 報酬額 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金	<input type="checkbox"/> 2. 障害手当金
	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
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年金額 円
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. 請求中	<input type="checkbox"/> 3. いいえ 名称	
3 - ① 「はい」または「請求中」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	
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年金額 円		
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. 労災請求中	<input type="checkbox"/> 3. いいえ	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	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	被保険者番号	保険者名称	

「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

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名																																			
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日											(1) 令和	年	月	日																			
	(2)												(2) 令和	年	月	日																			
	(3)	療養の給付開始年月日 (初診日)											(3) 令和	年	月	日																			
発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病	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	<input type="checkbox"/> 負傷																														
	令和	年	月	日まで	日間																														
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ()						転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																					
	令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他							<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																					
診療実日数	日	診療日を		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
		○で囲んで		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
		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

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

例：心身状態が不安定で、先月くらいから深刻化。早朝覚醒などの不眠症が強く、食欲低下、微熱継続などもあり。心身の不安定から動意も不安定になり、注意力低下・呼吸困難なども発生。その状態で、当院受診開始し、診察からXXXと判定した。その後休職を開始。状況を把握したのち、精神カウンセリング療法、投薬が治療方針となる。処方薬は、X X X X。当期間 x 月 は 2 回通院され、2 回目においては 1 回目より改善見られ、少しは睡眠の改善を確認。処方薬と精神カウンセリングは当面変更しないとした。

退院年月日 令和 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と今後の見通し(詳しく)

例：カウンセリングと投薬と休養にて睡眠はある程度改善し、日常生活は落ち着きつつあるが、上記症状は継続しており大きくは改善していない。本人は早期の復職を希望しているが、現時点では時期尚早。投薬の効果を見極めながら、適宜薬は追加や見直しを行い、食事と睡眠を通常レベルまで戻すことをまずは目指す。現時点では復帰可能レベルの60-70%ぐらいと見込まれ、引き続き労務は不能である。引き続き、当院で通院し、3か月後程度を復帰目標で治療を続ける。

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

 昭和 平成 令和

年 月 日

人工臓器等の種類

 人工肛門 人工関節 人工骨頭 心臓ペースメーカー 人工透析 その他 ()

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 ()