

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

被保険者等 記号・番号				所 属 事 業 所 名					
被保険者 (請求者) の氏名		被保険者 (請求者) の住所		〒 -					
標準報酬月額		千円		発病又は負傷年月日		傷 病 名			
資 格 取 得 年 月 日		昭・平 年 月 日		令和 年 月 日		発病又は負傷の原因			
被保険者の 業務の種別				療養のため労務に服する ことができなかった期間 (申請期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
老齢年金等・同一疾病による障害年金 等・雇用保険の受給の有無（該当に○）		有 ・ 無		老齢年金等・障害年金等に○印の方のみ記入 受給開始日：令和 年 月 日		障害年金等の受給の原因となった傷病名〔 〕			
種類(該当に○) 老齢年金等 障害年金等 雇用保険				受給額（日額） 円 ×（日数） 日 =		円			
事業主が証明する欄	労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				
	出勤は○、有給は△、有給の病欠は＝、欠勤は－、公休は公でそれぞれ表示してください。							出勤	有給
	年 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	計	日	日				
	年 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	計	日	日				
	年 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	計	日	日				
	上の期間中分として 報酬を全額又は一部 支給した場合又は 支給する場合	(自) 令和 年 月 日 (自) 令和 年 月 日	(至) 令和 年 月 日 (至) 令和 年 月 日	日間	円支給				
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主所在地 名称・氏名								
療養を担当した医師の意見欄	傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日			療 養 の 給 付 開 始 年 月 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 日間			左記期間中の 診療実日数等	日間 診療日 ※入院であればその期間〔 〕			
	傷病の主 症状及び 経過概要	お手数ですが、上記期間の労務不能と認められた医学的な所見をご記入願います。							
	支給決定上の参考事項								
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 〒 - 医療機関名称 医師の氏名 電話番号								

↓退職後に請求のある場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被 保 険 者（ 請 求 者 ） に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄				
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号		口座名義	フリガナ	

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (申請者) 氏名			令和 年 月 日提出		
	受取人情報	代理人の氏 名	代理人の住 所		委任者と代理人の関係	
		〒 -				

事 業 所 担 当 者		