

記入例

資格 得年 月 日 標準報酬 千円
喪年 月 日 月額

健康保険 傷病手当金 支給申請書

〔第 1 回目〕

書類 令和 XX 年 XX 月 XX 日 記入日

※注意事項:すべて和暦で記入

被保険者証の記号・番号 800 1234

被保険者氏名 健保 太郎

被保険者の住所 東京都 〇〇区△△△丁目〇〇-〇〇

事業所の名称 株式会社〇〇〇〇

あなたの仕事内容(具体的) (退職後の申請の場合は退職前の仕事内容) 仕事内容は休業前に従事していた仕事について詳しく記入してください。例)「総務部で管財担当」「システム開発で全社のセキュリティ対策担当」等

傷病名 胃潰瘍

発病(負傷)の原因 症状の経過 傷病名・発症(負傷)の原因と症状の経過は、傷病手当金の支給申請の要因となった傷病名とその発症原因、症状の経過を詳しく記入してください。

療養のため休んだ期間(申請期間) 令和 XX 年 8 月 10 日 ~ 令和 XX 年 8 月 15 日

(上記期間のうち医療機関を受診した日数) 5 日 (0日の場合はその理由)

①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。 1. はい 2. いいえ

※上記①で「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)期間を記入してください。 令和 XX 年 8 月 10 日から 令和 XX 年 8 月 15 日まで 60,000円

②「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。「はい」と答えた場合、どちらを受給していますか。 1. はい →(a. 障害厚生年金) 2. 請求中 3. いいえ

※上記②で「はい」または「請求中」と答えた方、受給の要因となった(なる)傷病名及び、基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。)

③資格喪失(退職)した方、任意継続の方、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。 1. はい 2. 請求中 3. いいえ

※上記③で「はい」または「請求中」と答えた方、基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。)

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。 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ

※上記④で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求元)の労働基準監督署名を記入してください。 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

受取代理人の欄

本請求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 氏名

代理人

代理人住所

委任者と代理人との関係

受領を代理人に委任する場合に記入してください。

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印

被保険者証の記号・番号

被保険者の氏名

労務に服さなかった期間 日 まで 日間

出勤状況 出勤は 有給 日 日

R 年 月 1 日 5 26 27 28 29 30 31

R 年 月 1 日 5 26 27 28 29 30 31

R 年 月 1 日 5 26 27 28 29 30 31

上記の期間に対して 当月 日

賃金の形態 月給 翌月 日

上記の期間を含む 期間

区分

基本給 円 円

通勤手当 円 円

残業手当 円 円

家族手当 円 円

手当 円 円

現物給与 円 円

※ 出勤・賃金状況等について、別途当該証明期間にかかる「勤務表」および「給与明細」を添付ください。

うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業主の住所(所在地) 〒

会社名・代表者氏名 電話番号

傷病名

発病または傷病の年月日 年 月 日

発病または負傷の原因

労務不能と認められた期間 間中 日間

うえの期間に入院した期間がある場合 用 健保・公費 自費・その他

「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)…(1)

症状の経過からみて従前の職種について労務不能と認められた医学的な所見…(2)

※ (1)(2)について

うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日

住所(所在地) 〒

電話番号

医師 医療機関名

氏名

療養を担当した医師が意見を書くところ

意見書をご記入いただく医師へのお願い

被保険者の記入欄すべてに記載がある書類のみ証明をお願いします。

医師の意見書欄:労務不能期間は、証明日より先の日付(見込み)は支給不可のため、最長で証明日までの証明をお願いします。