

健康保険傷病手当金支給申請書 ①

※申請書は①・②の2枚ありますので、2枚とも提出してください。

(第 回目)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|---------------|-----------|--|------------------|-------------------|---|----|--------|-----|------|---|------|---|----|----|---|---|
| 被 保 者 の 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号と番号 | 記号 番号 | 標準報酬 月額 | 千円 | 仕事の種類 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 資格取得年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 資格喪失年月日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | 発病又は 負傷の原因 〔何を する時、どの 様にして負傷した か具体的に記入 してください。〕 | 負傷日時 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 | 分 | 加害者の有無 | 有・無 | | | | | | | | |
| | | 負傷の場所 | | | 用務 | 勤務中・出勤途中・退社途中・私用 | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病又は負傷により 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 | } | 1.出勤 | 月 | 日 | から | 月 | 日 |
| | ※請求月数は3か月以内になしてください。 | | | | | | | | | | | 2.有給 | | 月 | 日 | から | 月 | 日 | |
| | 休んだ期間 中の報酬は | 現在までに | | | | 年 | 月 | 日 | から | の分として | | | 円 | | | | | | |
| | | 受けない | 受けた | | | 年 | 月 | 日 | まで | | | | 円 | | | | | | |
| | ⑦障害年金(手当金) 又は労災給付につ いて | 受給の有無 | 種別 | 年金・給付の額 | 支給事由である傷病名 | 基礎年金番号 | 年金又は手当金の 決定年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | | 有・無・申請中 | 障・労 | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 資格喪失者及び 任意継続被 保険者の方 | ②老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか | | | | | いいえ・請求中・はい | | | | | | | | | | | | | |
| | 年金証書の記号・番号 | | | | | 年金額 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| | 雇用保険の失業給付を受給していますか | | | | | いいえ・手続中・はい | | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険の受給延長手続きをしていますか | | | | | いいえ・手続中・はい | | | | | | | | | | | | | | |
| 払渡希望 銀行 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 銀行 | 本店 | 普通・当座 No. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 信用金庫 | 支店 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 信用組合 | 本所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 農協 | 支所 | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 提出 | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 被保険者 (請求者) | | ----- | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 □□□□-□□□□ | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 生年月日 | | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 必ず記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) | | | | | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者の (請求者) | 住所 | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 氏名 | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人の | 住所 | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 受付日付印 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記入上の注意

1. 仕事の種類は、単に事務員、工員と記入することなく「経理担当事務員」「仕上工」「旋盤工」等具体的に記入してください。
2. 負傷原因の加害者の有無で「有」と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となり、交通事故である場合(2輪及び単独事故も含む)は「事故状況報告書」の提出も必要です。
3. 払渡希望銀行の欄は、被保険者(請求者)名義の口座を記入してください。給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄を記入してください。
4. 請求期間の月数は3か月を超えないようにしてください。3か月を超える場合は申請書を複数に分けて申請してください。
例) ○ 令和3年1月3日から令和3年3月25日まで 82日間
× 令和3年1月25日から令和3年4月16日まで 82日間

添付書類について

1. ①欄は、同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害厚生年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに、障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類、又、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付してください。
同一疾病等により障害厚生年金、障害手当金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、障害厚生年金の日額が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。障害手当金の場合は傷病手当金の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、支給されません。
労災給付を受けている場合又は受けようとする場合は、傷病名に関係なく記入してください。受けている場合は支給決定通知書の写しを添付してください。
業務外の理由による病気やけがのため労務不能となった場合でも、別の原因で労災給付をうけている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし労災給付の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。
2. ②の欄で「はい」に○を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写、その額及びその支給開始年月日を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類(年金改定通知書等)を添付してください。資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の日額が、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。
3. 労務に服さなかった期間中の出勤簿・賃金台帳の写。初回の場合はその前1ヶ月分の出勤簿・賃金台帳の写しも添付してください。
4. 役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。

事業主へのお願い

1. 労務に服さなかった期間の証明日は、請求期間の翌日以降にしてください。
2. 資格喪失後の期間に対する証明は必要ありません。

療養担当者へのお願い

1. 複数の傷病名がある場合、傷病名欄は(1)から主たる病名を順次記入してください。
2. 療養の給付開始年月日は、左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。
3. ③の欄は治療期間でなく療養のため就労できなかつたと認められる期間を記入してください。
(一枚の用紙に証明する月数は3か月を超えないようにしてください。)
4. ④の欄はなるべく詳しく記入してください。
5. ⑤については、証明日以前の期間のみに限ります。

健康保険傷病手当金支給申請書 ②

被保険者氏名

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|-----|-----|---|---|-----|---|-------|-----|-------|----------|--------------------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|---|
| 事業主が証明するところ | 労務に服さなかった期間 ※欠勤は「○」で、有給は「△」で、出勤は「/」で、公休は「公」でそれぞれ表示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 出勤 | 有給 | |
| | 労務に服さなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 計 | 日 | |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| | 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 給与の支払い | | 日締 | | 当月 | 翌月 | 日支払 | | | | | | | |
| | 賃金計算期間に支給した賃金内訳 | 期間 | 単価 | 月 | 日 | 月 | 日 | 月 | 日 | 給与の種類 | 月給 時給 | 日給 歩合給 | 日給月給 その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ～ | 月 | 日分 | ～ | 月 | 日分 | | | | | ～ | 月 | 日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | 支給額 | | | 支給額 | | | 支給額 | | | 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 基本給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現物給与 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します | | | | | | | | 担当者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 事業所所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------|---|-------------------|-----|-----|-------|-----------------------|----------|--|--|--|--|
| 被保険者(患者)氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 療養担当者が意見を記入するところ | 傷病名 | (1) | 療養の給付開始年月日 | | (1) | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | | (2) | 療養の給付開始年月日 | | (2) | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | | (3) | 療養の給付開始年月日 | | (3) | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 発病または負傷の年月日 | 令和 年 月 日 | 発病負傷 | 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 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間中の診療状況 | 診療実日数 | 月 日 | 投薬の有無及び最終投薬日、投薬日数 | 有・無 | 月 日 | 入院期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | |
| | 上記最終診療日現在の転帰 | 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 | | | | | | | | | | |
| | 1. 治ゆ(令和 年 月 日) | ○で囲んで下さい | 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 | | | | | | | | | | |
| | 2. 繰越 3. 転医 4. 中止 | で下さい | 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 | | | | | | | | | | |
| | Ⓞ ⊖の期間中における「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) | | | | | | | 手術年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 人工臓器等の有無 | 人工骨頭・人工関節・心臓ペースメーカー・人工弁・人工肛門・人工膀胱・尿路変更術・人工透析(装着開始 年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 医療施設の所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| 医療施設の名称 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話() 番 | | | | | | | | | | | | | |