健康保険 傷病手当金 支給申請書(第

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ 申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

被焊		記号		番号	生年月日 年 月 日								
被保険者情報	被保険者証の (左づめ)				1.昭和 2.平成 3.令和								
辛拉	氏名·印	(フリガナ)		ED	自署の場合は押印を省略できます。								
	住所 電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL		(都) 道) (府) 県)									
振込先指定口座	金融機関			(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協) (その他)()	(本店)(支店) (代理店)出張所(本店営業部) (本所)(支所)								
足口座	預金種別		音通 3. 別段 自座 4. 通知 □座	至番号	左づめでご記入ください。								
	口座名義	▼カタカナ(姓	と名の間は1マス空けてご記入ぐが	ださい。濁点(*)、半濁点(°)は1字としてご記み	へください。)								
				「2」の場合は必ず記入・押	即ください。(押印省略不可)								
	受取代理人	被保険者	本申請に基づく給付金に関する登氏名・印	受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日 1.平成 2.令和 日 住所 「被保険者情報」の住所と同じ								
		代理人 「口座名義人)	〒 住所 (フリガナ) 氏名・印	TEL(ハイフン除く)	被保険者との関係								
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 社会保険労務士の													
提出	出代行者名記載欄 様式番号			協会使用欄 ———	(ED)								
6	0 1 1 6	0	1										
			@ :	全国健康保険協会									

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

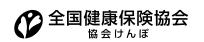
被保険者記入用

被保険者氏名								
申 請 内 ① 傷病名 1 つの記入欄に複数 の傷病名を記入しないでください。				2 初診日	1.平成 2.令和 1.平成 2.令和	年	月 	
3 該当の傷病は症	気(疾病)ですか、ケガ(負傷)	ですか。	1. 病気 2. ケガ・	(発病時の状) →) (発病時の状) (発病時の状	況) 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)		1.平成 2.令和 1.平成 2.令和		月 日から 月 日まで	日数		日間
	内容(具体的に) の場合は退職前の仕事の内容)						
説 1 報酬を受けましまたは今後受け 事 または今後受け 項 「はい」と 1-① その報	め休んだ期間(申請期間)にたか。 られますか。 答えた場合、その報酬の額と、 州支払の対象となった(なる) 『記入ください。	1. はい 2. いいえ 1.平成 2.令和 1.平成 2.令和	え 年 月 日	日 から まで				
	または「障害手当金」を受給 を給している場合、どちらを受。	1. はい・ 2. 請求ロ 3. いいえ	「はい」の	\Box				
受給の 及び基配 ②-① さい。 /「請求中	たは「請求中」と答えた場合、 要因となった(なる)傷病名 楚年金番号等をご記入くだ 」」と答えた場合は、 基礎年金番号をご記入くだ	傷病名 基礎年金 番号 支給開始 年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	月	日 年金額	年金コード		
	を喪失した方はご記入ください。) iを事由とする公的年金を受 。	1. はい 2. 請求ロ	「はい」の場合 ■					
3-① 基礎年金 / 「請求中	たは「請求中」と答えた場合、 金番号等をご記入ください。 ロ」と答えた場合は、 金番号のみをご記入ください。	基礎年金 番号 支給開始 年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	月	日年金額	年金コード		
	業補償給付を受けています こ受けたことがありますか。)	1. はい 2. 労災i	3. いいえ				「はい」のサ	
4-① 場合、支	たは「労災請求中」と答えた 給元(請求先)の労働基準監 『記入ください。						労働基準	監督署

様式番号

6 0 1 2 6 9

「事業主記入用」は3ページに続きます。 阶



健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

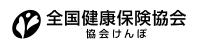
労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事	被係	保険者氏	名																									
未主が		多状況		は○】		有給に	t∆]7	、【公	休は:	公】で	3】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示						てくだる	さい。		!	H	占勤		1	育給			
事業主が証明するところ	1.46	艾 2.令和	年		月	1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30	31	計]=			
するとこ						1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30	31	計] =		Image: section of the property o	
ろ						1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30	31	計]=			
		の期間に		:1. <i>t</i> - 🗀 ﻟﻤﻦ 📗			給	給与の種類		□ 日給月給							賃金詞	計算	締 日			1	1.当月2.翌月			□ □ □ □		
	(しま	す)か?			ハえ				ì [英亚们开			支払	日								
	上詞	この期間		賃金	計算	期間	の賃	金支	給状	況を	ご記	入くた	ぎさい	۱0		1												
		区分										月			日~]月]月] ⊟~	
				単何			価					月		日分				月	<u> </u>	日分			月			日分		
											支給額						支給額						支給額					
		基本給					Ш										Щ											
		通勤手							L						L						$ \cdot $							
	給し] [
	た(す		手当																			$] \mid [$						
	る)賃		手当																			$] \mid [$						
	支給した(する)賃金内訳		手当																			[
		現物給与	-																									
		計																				$] \mid [$						
		賃金計算	算方法(ク	マ勤控	除計	算方	法等)																	l				
				担当者 氏 名																								
│ 上記のとおり相違ないことを証明します。																					年	=	月	E	=			
		新所在 ^均		0.0.2		_ பட்	,00	,										1. ²	平成 令和									
		所名称											印	冒	配話番	号		Τ		1		I	Т		\top	\top	$\overline{}$	
	事業	主氏名											니		ハイフン												Ш,	

様式番号

6 0 1 3 6 8

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。 >>>



健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養	患者氏名																									
療養担当者が意見を記入するところ	傷病名	-	(2)								初診日 (療養の給付 開始年月日)			年 月 日 (1) 1.平成 2.令和 (2) 1.平成 2.令和 (3) 1.平成 2.令和 (3) 1.平成												
入す			(3) 年 月 日 コンナ										(3)	<u>_</u>	2	.令和										
るとこ	発病または負傷の年月			1. ²	平成 令和							発病 負傷														
ころ	労務不能と 認めた期間		年 1.平成 2.令和 1.平成 2.令和					月		からまで			日間			ままた 易の原										
				1. ²	平成			月		日	から				療養費用の別)		
	うち入院期	間	1.		平成 令和					まで			日間	日間入院		転帰			□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医							
	=A.r=				診歯	日及び	7			月	1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30	31
	診療 実日数 (入院期間				院し を○	ていた で囲ん	日			月	1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30	31
	を含む)			日	くた	さい。				月	1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30	31
	上記の期間	り中に	おけ	る「 <u>:</u>	主たる	症状	うよび	経過」	「治療	京内名	字、検査	結果	、療養	指導]等(詳し	<)					年	E	月		日
															手	≦術牟	F月日		1. 2.	平成 令和						
															退	退院年	F月日		1. 2.	平成 令和						
	症状経過か	いらみ	て従	来の	職種	につい	て労務	不能	と認	められ	れた医	学的机	よ所見	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
	または人コ													職器等 □ 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	所在地		つまt	≛ん。											1. 2.	平成 令和		年		月		日			
	医療機関の: 医師の氏名	台州									EŢ) ;		番号フン除く	<											

様式番号

6 0 1 4 6 7

