

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回)

- ◎ 記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
- ◎ 「※」印欄は記入しないでください。
- ◎ 添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。
- ◎ 雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

⑦ 被保険者証の記号・番号	① 被保険者の生年月日	支給額計算	給番	代理	受付年月日
※	5:昭 7:平	※ 1 2 3 4 5	※	※ 0.無 1.有	※
② 被保険者(フリガナ) (申請者の氏名と印)		③ 被保険者の資格を取得した年月日		④ あなたの資格を取っていた仕事の内容 (事業所名)	
② 被保険者(申請者)の住所		③ 昭・平・令 年 月 日		④	
郵便番号	(フリガナ)	電話 ()			
※コード					
⑤ 傷病名	⑥ 傷病コード	⑦ 初診日		⑧	
1)		年 月 日			
2)		年 月 日			
3)		年 月 日			
⑨ 発病時の状況を詳しく(負傷の場合は裏面⑩を記入してください。)			⑩ 第三者行為によるものですか		
			□ はい □ いいえ		
			[はい]の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください		
⑪ 療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		⑫ 自 至	
				年 月 日 年 月 日	
⑬ 上記⑪の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。			□ 受けた □ 受けない		
			□ 今後受ける □ 今後受けない		
⑭ 上記⑬で「受けた」(今後受ける)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 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円		
⑮ 「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。			□ はい □ いいえ □ 請求中		
			□ 障害厚生年金 □ 障害手当金		
⑯ 上記⑮で「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)傷病名を記入してください。					
⑰ 上記⑯で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)			基礎年金番号		年金コード
			支給開始年月日		年金額
			昭・平・令 年 月 日		円
⑱ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。			□ はい □ いいえ □ 請求中		
⑲ 上記⑱で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)			基礎年金番号		年金コード
			支給開始年月日		年金額
			昭・平・令 年 月 日		円
⑳ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。			□ はい □ いいえ □ 労災請求中		
㉑ 上記㉑で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。			支給(請求)労働基準監督署名		
			労働基準監督署		
㉒ 介護保険法の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	
㉓ 受取金融機関	支払区分	振込	㉔ 預金種別	㉕ 銀行	
	金融機関コード			1. 普通	本店
	口座番号			2. 当座	支店
			9. その他	出張所	
				信連	
				信漁連	
				農協	
				漁協	
				本店	
				支店	
			口座名義 (カタカナで記入)		
㉖ 本申請書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 提出		
令和 年 月 日			受付日付印		
被保険者住所 氏名					
代理人(フリガナ)			委任者と代理人との関係		
代理人の氏名と印					
代理人住所			電話 ()		
郵便番号	(フリガナ)				
※コード					

労務に服することができなかつ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記入してください。

事業主が証明するところ	㉞ 勤務状況（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／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	
	㉟ 労務に服することができなかつた期間に対して、賃金を支給しました（します）か？ □ はい ・ □ いいえ																														給与の種類 （○で囲んでください）			賃金計算		
	㊱ 労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。																														月給	日給	日給月給	締日	日	
																															時間給	歩合給	その他	支払日	当月翌月	日
	支給した（する）賃金内訳	区分	期間	単価	月日 ～月日分	支給額	月日 ～月日分	支給額	月日 ～月日分	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																																		
		通勤手当																																		
住居手当																																				
扶養手当																																				
手当																																				
手当																																				
現物給与																																				
計																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																														担当者氏名						
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名																														☑	電話	()				

「初回申請分」には、労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	(1)											㉞ 療養の給付開始年月日（初診日）	(1)	年	月	日																	
		(2)												(2)	年	月	日																	
		(3)												(3)	年	月	日																	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病負傷																															
	㉟ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	発病または負傷の原因																														
	㊱ ㉟のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間入院	療養費用の別	健保	自費	公費 ()	その他																										
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。	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
			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
			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
㊲ ㉟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																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日										平成・令和 年 月 日																							
	人工臓器等の種類	ア.人工肛門					イ.人工関節					ウ.人工骨頭					エ.心臓ペースメーカー																	
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	()		

〈傷病手当金の支給要件〉

被保険者が療養のため仕事を休み給料をうけられないなど、次の4つの条件を満たしたときは、傷病手当金が支給されます。

- ① 病気・ケガで療養中であること—自宅療養や、健康保険を使わず自費で診療をうけていてもかまいません。ただし、健康保険で診療をうけられない美容整形などでは支給されません。
- ② 仕事につけないこと（労務不能）—今までやっていた仕事につけない場合をいいます。今までより軽い仕事についたり、医師の指示で半日出勤するような場合は、労務不能とは認められません。
- ③ 4日以上仕事を休むこと—療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間（待期）あったうえで、4日以上休んだ場合に、4日目から支給が開始されます。
- ④ 給料をうけられないこと—給料をうけていても傷病手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。



休業1日につき平均標準報酬月額（支給開始日以前の継続した12ヵ月間の各月の標準報酬月額を平均した額 ※1）を30で除した額の3分の2を、支給開始日から1年6ヵ月以内 ※2 で、支給要件を満たした期間について支給されます。

※1 支給開始日以前の期間が12ヵ月に満たない場合は支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額、又は当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額を比べて少ない方の額となります。

※2 傷病手当金をうけられる期間（1年6ヵ月）が残っていても、①厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金、②退職後、老齢厚生年金等をうけられるようになると、傷病手当金はうち切られます。ただし、障害厚生年金（同時に障害基礎年金をうけられるときはその合算額）や老齢厚生年金等の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されるなどの調整が行われます。

負傷原因記入欄		初回申請時のみ記入してください。 相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。（記入上の注意1の5参照）
① 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）してください。）		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>〔負傷日時・場所等〕</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。 令和 年 月 日（ 曜日） □午前・□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。 □出勤日・□休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 □勤務時間中・□通勤途中（□出勤・□退勤） □出張中・□私用・□その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。 □会社内・□道路上・□自宅 □その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □交通事故・□暴力（ケンカ） □スポーツ中（□職場の行事・□職場の行事以外） □動物による負傷（飼い主 □有・□無） □あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 □有 → { □あなたは被害者 □あなたは加害者 □無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>〔受診した医療機関〕</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 _____ 令和 年 月～令和 年 月 □治癒・□治療中 医療機関名 _____ 令和 年 月～令和 年 月 □治癒・□治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 □加入有・□加入無</p>

記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

- ⑦被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。
- ⑧被保険者の氏名を記入してください。被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
- ⑨の欄は、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。
- ⑩日時、場所、何をしていたとき等、具体的に記入してください。なお、傷病の原因が負傷（ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など）の場合は左面⑫の負傷原因欄を必ず記入してください。（初回申請分のみ）
- ⑪の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは健康保険組合にお問い合わせください。
- ⑬療養のため労務に服することができなかった期間とその日数（公休日を含む）を記入してください。日数（日間）は、両端を入れて計算してください。例えば4月5日から4月15日までは11日間となります。
- ⑭の欄、⑮の欄、⑯の欄は該当するものにチェックを入れてください。
- ⑰の欄は、資格喪失した方のみ該当するものにチェックを入れてください。
- ⑱の欄は、介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。

記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

- ㉑ご希望の振込金融機関について記入してください。
- ㉒、㉓の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等及び預金種別を記入してください。
ゆうちょ銀行の口座へ振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）を必ず記入してください。
ゆうちょ銀行の口座へ振込みを希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入してください。
- 「口座名義」が被保険者（申請者）と異なる場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。
- 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。
受取代理人の欄の被保険者及び受取代理人の㉔は必ず押印してください。
（受取代理人の㉔は、被保険者の㉔と別の印鑑で押印してください。）

添付書類について

- 「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳及び出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。二回目以降についても一部報酬の支給がある場合や、申請期間が給与計算期間と異なる場合も添付してください。なお、役員等の場合で賃金台帳及び出勤簿がない場合は「議事録の写」を添付してください。
- 障害厚生年金の給付を受けている方は、「障害厚生年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し」及び「障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類及び障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し」を添付してください。
- 資格喪失した方で老齢退職年金の給付を受けている場合は、「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し」及び「老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類及び老齢退職年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し」を添付してください。
- 労災保険から休業補償給付を受けている方は、「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付してください。
- 第三者による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
- 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、「権利継承届」を添付してください。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文には翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。）

事業主へのお願い

- ⑲の欄は、申請期間にかかる勤務状況について、出勤した場合は○、有給の場合は△、公休の場合は公、欠勤の場合は／で表示してください。
- 給与の種別欄は、給与の種別について○で囲んでください。
- 賃金計算欄は、賃金計算の締日及び賃金支払日を記入してください。

療養担当者へのお願い

- 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。
- ㉕の欄は、左の傷病名について、その傷病名の初診の日を記入してください。
- ㉖の欄は、治療期間でなく、療養のために就労できなかったと認められる期間及び日数を記入してください。また、証明日以前の期間を記入してください。
- ㉗の欄は、症状及び経過、労務不能と認められた医学的所見を詳しく記入してください。