

## 被保険者（申請者）記入用

## 振込先指定口座

金融機関  
名称

銀行 金庫 信組

農協 漁協

その他 ( )

本店 支店

出張所

本所 支所

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

受付目付印

 $\frac{1}{4}$

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

|      |                                            |                                                                                              |                          |                |             |             |             |
|------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| 申請内容 | 1 傷病名                                      | 1)<br>2)<br>3)                                                                               | 2 発病<br>または<br>負傷<br>年月日 | 令和<br>令和<br>令和 | 年<br>年<br>年 | 月<br>月<br>月 | 日<br>日<br>日 |
|      | 3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。               | <input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況)<br><input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届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)                         | (令和) 年 月 日 から 日数<br>まで 日間                                                                    |                          |                |             |             |             |
|      | 5 あなたの仕事の内容(具体的に)<br>(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) |                                                                                              |                          |                |             |             |             |
|      |                                            |                                                                                              |                          |                |             |             |             |

|                                                                               |                                                                                                        |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|----------|----------|
| 確認事項                                                                          | 1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。<br>または今後受けられますか。                                                      | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. いいえ                                                                                     |        |        |        |          |          |
|                                                                               | 1 - ① 「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)期間をご記入ください。                                                  | 令和<br>令和                                                                                                                                              | 年<br>年 | 月<br>月 | 日<br>日 | から<br>まで | 報酬額<br>円 |
|                                                                               | 2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。<br>受給している場合、どちらを受給していますか。                                               | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. 請求中<br><input type="checkbox"/> 3. いいえ → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金<br>2. 障害手当金 |        |        |        |          |          |
|                                                                               | 2 - ① 「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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。<br>「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。         | 傷病名<br>基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円               |        |        |        |          |          |
|                                                                               | 3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)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。<br>受給している場合、その名称ご記入ください。                         | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. 請求中<br><input type="checkbox"/> 3. いいえ → 名称                                             |        |        |        |          |          |
| 3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。<br>「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | 基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円      |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
| 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                                            | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. 労災請求中<br><input type="checkbox"/> 3. いいえ |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
| 4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。                          | 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  |          |          |

「事業主記入用」は3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

療養担当者が意見を記入するところ

|                                             |                        |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   |                         |        |    |                          |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|------------------------|---|---|-----|------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------|-----|----|---|---|-------------------------|--------|----|--------------------------|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| 患者氏名                                        |                        |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   |                         |        |    |                          |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名                                         | (1)                    |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   | 療養の給付<br>開始年月日<br>(初診日) | (1) 令和 | 年  | 月                        | 日  |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                             | (2)                    |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   |                         | (2) 令和 | 年  | 月                        | 日  |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                             | (3)                    |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   |                         | (3) 令和 | 年  | 月                        | 日  |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 発病または<br>負傷の年月日                             | 令和                     | 年 | 月 | 日   | <input type="checkbox"/> 発病<br><input type="checkbox"/> 負傷 |        |                                                             |     |    |   |   |                         |        |    | 発病または<br>負傷の原因           |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 労務不能と認<br>めた期間                              | 令和                     | 年 | 月 | 日から | 令和                                                         | 年      | 月                                                           | 日まで | 日間 |   |   |                         |        |    |                          |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| うち入院期間                                      | 令和                     | 年 | 月 | 日から | 日間                                                         | 療養費用の別 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) |     |    |   |   |                         |        |    |                          |    | 転帰 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 令和                     | 年 | 月 | 日まで | 入院                                                         |        | <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他    |     |    |   |   |                         |        |    |                          |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 診療実日数                                       | 診療日を<br>〇で囲んで<br>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 |  |  |  |  |  |  |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「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<br>または人工臓器<br>を装着したとき               |                        |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   |                         |        |    | 人工透析の実施または<br>人工臓器を装着した日 |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日                                                                                                                                  |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                        |   |   |     |                                                            |        |                                                             |     |    |   |   |                         |        |    | 人工臓器等<br>の種類             |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 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 ( )                   |    |    |                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |  |  |  |  |  |  |

## 記入例

|                                                                                                                                                  |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|------|---|-----|----|----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------|---|----|-------------------------|--------|----|----|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1                                                                                                                                                | 患者氏名               | 協会 太郎                  |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                | 傷病名                | (1)                    | 鎖骨骨折 |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   | 3  | 療養の給付<br>開始年月日<br>(初診日) | (1) 平成 | 26 | 年  | 4  | 月  | 22 | 日  |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |                    | (2)                    |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         | (2) 平成 | 年  | 月  | 日  |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |                    | (3)                    |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         | (3) 平成 | 年  | 月  | 日  |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                | 発病または<br>負傷の年月日    | 平成                     | 26   | 年 | 4   | 月  | 22 | 日                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 発病<br><input checked="" type="checkbox"/> 負傷 | 発病または<br>負傷の原因 | 左肩部強打                                                                  |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |                    | 平成                     | 26   | 年 | 4   | 月  | 22 | 日から                                                      | 21                                                                               |                | 日間                                                                     |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                | 労務不<br>能と認<br>めた期間 | 平成                     | 26   | 年 | 5   | 月  | 12 | 日まで                                                      | 日間                                                                               | 療養費用の別         | <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) |   |    |                         |        |    |    |    |    |    | 転帰 | <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |                    | 平成                     | 年    | 月 | 日から | 日間 | 入院 | <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                | 診療実日数              | 診療日を<br>〇で囲んで<br>ください。 | 4    | 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 |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |                    |                        | 5    | 月 | 〇   | 2  | 3  | 4                                                        | 5                                                                                | 6              | 7                                                                      | 8 | 9  | 10                      | 11     | 〇  | 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 |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の期間中における「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 平成 年 月 日                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |  |  |  |  | 退院年月日 平成 年 月 日                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。<br>固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。<br>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<br>骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、<br>労務不能と判断した。 |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    | 平成 26 年 5 月 22 日                                                                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人工透析を実施<br>または人工臓器<br>を装着したとき                                                                                                                    |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    | 人工透析の実施または<br>人工臓器を装着した日                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人工臓器等<br>の種類                                                                                                                                     |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。                                                                                                                                   |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    | 平成 26 年 5 月 22 日                                                                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1                                                                                                                            |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の名称 ○○総合病院                                                                                                                                   |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師の氏名 保険 五郎                                                                                                                                      |                    |                        |      |   |     |    |    |                                                          |                                                                                  |                |                                                                        |   |    |                         |        |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    | 電話 03 (△△△△) △△△△                                                                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。