

健保記載欄			

健康保険 傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

1 2 3 4
被保険者（申請者）記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	
	住所	(〒	-)	都	道
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(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。)	
			右づめでご記入ください。
			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 遺族

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健 保 記 載 欄	決 裁 年 月 日	年	月	日	全部・一部 不支給	期間	
	支 給 額					円	理由
	支 給 内 訳	傷 病 手 当 金			円		
		傷 病 手 当 金 付 加 金			円		
	支 給 開 始	年 月 日			備 考		
支 給 期 間	自	年 月 日	日 間				
	至	年 月 日					

受付日付印

健康保険 傷病手当金 傷病手当金付加金 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) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 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 <input type="checkbox"/> 2. ケガ → (発病時の状況) 相手がいない場合は「健康保険負傷原因届」をご提出ください。 相手がいる場合（第三者の行為による傷病）は当組合へお問い合わせください。		
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	(令和) 年 月 日 から 日数 _____ まで 日間		
5 あなたの仕事の内容（具体的に） （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。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <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 年 月 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで 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。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 → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	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。	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始 年月日 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円 □昭和 □平成 □令和
	2 - 「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。	
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。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 → 名称 _____ <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → _____ <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
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。	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始 年月日 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円 □昭和 □平成 □令和	
3 - 「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。		
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 <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <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 _____	

私は、傷病手当金・傷病手当金付加金の請求に関し、東宝健康保険組合が療養を担当した医療機関及び医師に照会し情報提供を受けることに同意致します。
 令和 年 月 日
 被保険者の 住所 〒 _____
 氏名 _____ 電話 (_____) _____
 東宝健康保険組合理事長殿

「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

傷病手当金付加金

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及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名												記号・番号												—																							
	労務に服することができなかった期間												年 月 日から												年 月 日まで												日間											
	勤務状況（出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください。※1																															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	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	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	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	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	日	日														
	上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？												<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類				<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他				賃金計算				締日		日																			
																							支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日																					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。※2																																																
区分	期間	単価	月 日 ～ 月 日分				月 日 ～ 月 日分				月 日 ～ 月 日分				月 日 ～ 月 日分				支給額		支給額		支給額		支給額																							
			支給額				支給額				支給額				支給額																																	
支給した（する）賃金内訳																																																
		計																																														
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																																																
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日																																																
事業所所在地																																																
事業所名称																																																
事業主氏名																																																
電話 ()																																																

【事業主の方へ】

※1 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（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

※2 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における賃金支払状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「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 傷病手当金付加金 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	(1)	療養の給付開始年月日				(1)令和	年	月	日																								
	(2)					(2)令和	年	月	日																								
	(3)	※2				(3)令和	年	月	日																								
発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																											
労務不能と認められた期間 ※3	令和	年	月	日から	日間																												
	令和	年	月	日まで																													
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間 入院	療養費用の別				転帰																							
	令和	年	月	日まで		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																										
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
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)						※4						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	人工透析の実施または人工臓器を装着した日				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	人工臓器等の種類				<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																							
令和 年 月 日																																	
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話 ()																																	

【療養担当者の方へ】

- ※1 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。
- ※2 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。
- ※3 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。
- ※4 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。