

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

|             |            |                                      |               |                         |                   |  |
|-------------|------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------|--|
| 被保険者（申請者）情報 | 1<br>被保険者証 | 記号<br>1 2 3                          | 番号<br>4 5 6 7 | 生年月日<br>昭和<br>平成        | 6 1 年 1 0 月 0 1 日 |  |
|             | 2<br>氏名    | (フリガナ) キョウト タロウ<br>京都 太郎             |               |                         |                   |  |
|             | 住所         | 〒 6 1 2 - 8 4 1 8<br>京都市伏見区竹田向代町51-5 |               |                         |                   |  |
|             | 電話番号       | 日中の連絡先                               | TEL           | 0 7 5 - 6 7 2 - 5 3 8 1 |                   | 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> |

事業主に委任する場合は振込先指定口座の記入は不要です。

|              |        |  |   |
|--------------|--------|--|---|
| 3<br>振込先指定口座 | 金融機関名称 | 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/><br>信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> | 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/><br>本店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> |
|              | 預金種別   | 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>  | 口座番号  |
|              | 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）<br>記号   |   |

「代理人」の場合は必ずご記入ください。

|         |            |  |                       |   |
|---------|------------|--|-----------------------|---|
| 受取代理人の欄 | 被保険者（申請者）  | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。   |                       | 令和 3 年 5 月 21 日                           |
|         | 代理人（口座名義人） | 氏名<br>住所<br>〒 6 1 2 - 8 4 1 8 TEL 0 7 5 - 6 7 2 - 5 3 8 1<br>(フリガナ) キョウト ハナコ<br>氏名 京都 花子 | 住所<br>京都市伏見区竹田向代町51-5 | 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ<br>委任者と代理人との関係<br>事業主 |

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

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。）

|          |                   |
|----------|-------------------|
| 4<br>備考欄 | 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 |
|----------|-------------------|

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

(R1.11)

| 組合使用欄 |    | 支給決定伺 |    | 資格取得  | 昭和・平成・令和                              | 支給額             |   |   |   |   |   |
|-------|----|-------|----|---|---------------------------------------|-----------------|---|---|---|---|---|
| 常務    | 課長 | 課長補佐  | 担当 | 資格喪失  | 年 月 日                                 | 拾万              | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|       |    |       |    | 支給開始 <td>平成・令和 <td colspan="6">令和 年 月 日から</td> </td>  | 平成・令和 <td colspan="6">令和 年 月 日から</td> | 令和 年 月 日から      |   |   |   |   |   |
|       |    |       |    | 報酬月額 <td>平均月額・組合平均</td> <td colspan="6">年 月 日 日間</td> | 平均月額・組合平均                             | 年 月 日 日間        |   |   |   |   |   |
|       |    |       |    |   |                                       | 詳細は傷病手当金計算書のとおり |   |   |   |   |   |

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

|      |  |                              |   |                 |
|------|--|------------------------------|---|-----------------|
| 申請内容 | 1 傷病名                                      | 1) 鎖骨骨折                      | 2 発病または負傷年月日  | 平成・令和 03年04月22日 |
|      |  | 2)                           |   | 平成・令和 年 月 日     |
|      |  | 3)                           |   | 平成・令和 年 月 日     |
|      | 5  | 3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。 | <input type="radio"/> 病気 → 発病時の状況<br><input checked="" type="radio"/> 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 03年04月22日 から 日数           |   |                 |
|      |  | 令和 03年05月12日 まで              | 21 日間   |                 |
| 6    | 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） | 経理担当事務                       |   |                 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 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 checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 3年4月16日 から 報酬額<br>令和 3年5月15日 まで 〇〇 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 checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 請求中 <input type="radio"/> はい → <input type="radio"/> 障害厚生年金 <input type="radio"/> 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><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 年金コード<br>支給開始 年月日 年金額<br><input type="checkbox"/> 平成 年月日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 円   |
|   | 3 （健康保険の資格を喪失した方のみ）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、その名称をご記入ください。                                | <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 請求中 <input type="radio"/> はい → 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><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 年金コード<br>支給開始 年月日 年金額<br><input type="checkbox"/> 平成 年月日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 労災請求中           |  |
| 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

事業主記入用

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か月の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

|  |  |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|--|--|--|---------|---------|-------------|---------|---------|-----|----|-----|-------|-----|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 事業主が証明するところ<br>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及び賃金支払状況等をご記入ください。 | 被保険者氏名   |  | 京都 太郎   |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    | 出勤 | 有給 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|  | 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。 |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|  | 令和3年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 | 4 | 1 |
|  | 令和3年5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 | 3 | 0 |
|  | 令和 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 |   |   |
|  | 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？                     | はい   |         | いいえ     |             | 給与の種類   | 月給      | 時間給 | 日給 | 歩合給 | 賃金計算  | 締日  | 15               |    | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|  |  |  |         |         |             |         | 日給月給    | その他 |    |     |       | 支払日 | 当月               | 翌月 | 25 | 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。                 |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|  | 支給した(する)賃金内訳                                   | 区分   | 期間      | 単価      | 4月16日～5月15日 | 月 日～月 日 | 月 日～月 日 |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|  |  | 基本給  |         | 300,000 | 135,000     |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 通勤手当   |  |  | 120,000 |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 扶養手当   |  |  | 20,000  | 20,000  |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 住居手当   |  |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 現物給与   |  |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 計  |  |  | 440,000 | 155,000 |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 賃金計算方法<br>(欠勤控除計算方法等)<br>についてご記入ください。                            |  | 基本給：欠勤控除あり300,000円÷20日＝165,000円<br>通勤手当金：控除なし<br>12/25 6ヵ月定期券代(1月～6月分)として120,000円支給<br>住居手当：欠勤控除なし |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    | 通  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。   | 令和 3 年 5 月 21 日                                |  |         |         |             |         |         |     |    |     | 担当者氏名 |     | ●●●●             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 事業所所在地   | 京都市○○区○○1-1                                    |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 事業所名称  | 株式会社○△   |  |         |         |             |         |         |     |    |     |       |     |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 事業主氏名  | ●●●●●●   |  |         |         |             |         |         |     |    |     | 電話    |     | 000 ( 111 ) 2222 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |

「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

療養担当者記入用

|  |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-----------------------|---|----|----------|--|-------------------------|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 申請内容   | 患者氏名                 | 京都 太郎          |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  | 傷病名                  | 1) 鎖骨骨折        | 療養の給付開始年月日(初診日) | 1) 平成・令和 3 年 4 月 22 日 |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |                      | 2)             |                 | 2) 平成・令和 年 月 日        |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 3)   |                      | 3) 平成・令和 年 月 日 |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 発病または負傷の年月日                                      | 平成<br>令和             | 03             | 年               | 04                    | 月 | 22 | 日        | 発病<br>負傷   | 発病または負傷の原因<br><br>左肩部強打 |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と認められた期間                                     | 令和                   | 03             | 年               | 04                    | 月 | 22 | 日        | から   |                         | 21<br>日間   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  | 令和                   | 03             | 年               | 05                    | 月 | 12 | 日        | まで   |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| うち、入院期間  | 令和                   |                | 年               |                       | 月 |    | 日        | から   | 療養費用の別<br>転帰            | <input checked="" type="checkbox"/> 健保<br><input type="checkbox"/> 公費 ( )<br><input type="checkbox"/> 自費<br><input type="checkbox"/> その他 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  | 令和                   |                | 年               |                       | 月 |    | 日        | まで   |                         | <input checked="" type="checkbox"/> 治癒<br><input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越<br><input type="checkbox"/> 転医      |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 診療<br>実日数  | 診療日を○で囲んでください。       |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  | 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              | ○               | 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 |
| 5  | 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 |
| 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)      |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要  |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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                |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 骨折した部分が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。 |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 人工透析を実施または人工腎臓を装着したとき                            | 人工透析を実施または人工腎臓を装着した日 | 平成             | 令和              | 年                     | 月 | 日  | 人工腎臓等の種類 | <input type="checkbox"/> 人工肛門<br><input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭<br><input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><input type="checkbox"/> 人工透析<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり相違ありません。                                   |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 令和 3 年 5 月 22 日                                  |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関の所在地   | 京都市〇〇区〇〇1-1          |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関の名称  | △△総合病院               |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医師の氏名  | ●● ●●                |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 電話 000 ( 111 ) 2222                              |                      |                |                 |                       |   |    |          |  |                         |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |