

支給額	令和 年 月 日	取得	年 月 日
	令和 年 月 日	喪失	年 月 日
決定標準報酬月額 円			
傷病コード			

## 健康保険傷病手当金支給申請書 ① (第 回目)

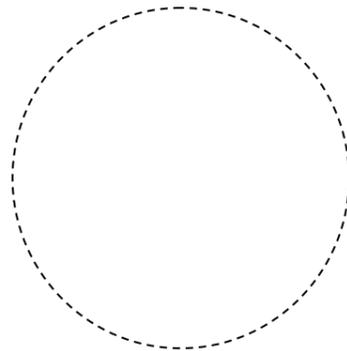
②健康保険被保険者証の記号・番号	記号	③被保険者(申請者)の氏名	フリガナ		④ 生 年 月 日
	番号		昭 和 ・ 平 成		年 月 日
⑤被保険者(申請者)の現住所	フリガナ	⑥電話番号	( )		
	〒				
⑦事業所の	名 称	所属部署		TEL	( )
	所在地	業務の種別			
⑧傷病名	⑨発病または負傷の原因(詳しく)				
⑩障害(厚生)年金手当金受給の有無	有・無・申請中	年 月 から受給	⑪基礎年金番号及び年金証書の年金コード		
⑫受給傷病名	⑬障害(厚生)年金、手当金の額				
⑭老人保健医療受給者証の市町村番号		⑮受給者番号		⑯発行機関名	
⑰療養をする為休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日	⑱発病または負傷年月日	昭和・平成・令和	⑲診療開始日	昭和・平成・令和
	令和 年 月 日		年 月 日		年 月 日
⑳うえの⑰の期間で入院期間	年 月 日 日間	㉑入院費用の別	1.健保 2.自費 3.公費 4.その他	㉒第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
㉓うえの期間のうち報酬を受けましたか、または受けられますか			受けた、受けない、受けられる、受けられない		
㉔被扶養者がいるときはその方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	

* 支払希望金融機関	銀行 信金 信組	本 店 支 店 出張所	普通 NO 当座	名 義 人	フリガナ
------------	----------	-------------	----------	-------	------

受 取 代 理 人 の 欄	本申請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				
	住所				
	被保険者(申請者) 氏名				
	代理人の氏名	フリガナ	委任人者と代理人との関係		
代理人の現住所	フリガナ	〒			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

受付印



◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んで下さい。

事業主が証明するところ	①労務に服さなかった期間(今回申請期間)		年 月 日 から 年 月 日まで 日間		
	② 出勤は ○ で、有休は △ で、 公休は 公 で、欠勤は / で、それぞれ表示してください。				
	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			
	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			
	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			
	③うえの期間中の分として報酬の一部又は全部を支給した、又は支給する場合は出勤、有給、欠勤、無給を期間別に				
	年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
	年 月 日～ 年 月 日	日間	円	月 日支払	日額 円
④ 退職等の理由により支給しない場合にはその旨					
うえのとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  事業主 所在地 名称 代表者  電話 ( ) -					

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	患者名	①傷病名			
	②発病または負傷年月日	年 月 日	③療養の給付を開始した日	年 月 日	
	④労務不能と認めた期間	年 月 日 日間	⑤左の期間中の診療実日数		
	④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)				
	⑥ 傷病の主状態及び経過概要(詳細)	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			
	⑦人工透析または人工臓器を装着したとき	人工透析または人工臓器を装着した日	年 月 日		
	人工臓器の種類	ア、人工肛門 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析			
	⑧うえの期間中で入院した期間がある場合にはその期間	年 月 日 日間	⑨入院費用の別	健保・自費・公費・その他	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 担当医氏名 電話 ( ) -				

※文字を訂正する場合は記載者の名前の脇に押した印と同じ印を訂正印として捺印してください。