

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回)

1 2 3 4

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

この申請書は、令和4年12月までご使用ください。

※令和5年1月以降は、新様式の申請書をご使用ください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	〒		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

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 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	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。)			口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	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。	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	〒	TEL(ハイフン除く)	
	氏名	(フリガナ)			被保険者との 関係

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号	協会使用欄
-----------------------	------	-------

6 0 1 1 6 0

1

受付日付印 (2022.9)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

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の勤務状況およ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																															
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																															
	1.平成 2.令和 年 月																															
	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>	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
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																	
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>	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
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																	
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>	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
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?	<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"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 <input type="text"/> 日 支払日 <input type="text"/> 1.当月 <input type="text"/> 日 2.翌月 <input type="text"/> 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	期間		<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																											
	区分	単価	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分																											
			支給額	支給額	支給額																											
	基本給	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
	通勤手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
	手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
	手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
	手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
現物給与	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
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。																																
			担当者氏名	年 月 日																												
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
事業所所在地				<input type="text"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																												
事業所名称																																
事業主氏名				電話番号 ※ハイフン除く <input type="text"/>																												

様式番号

6 0 1 3 6 8

「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

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)	初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日																											
		(2)		(2)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日																											
		(3)		(3)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日																											
発病または 負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.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	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日	から										<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日	まで	日間																	
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日	まで	日間入院	療養費用の別				<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																					
								転帰				<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 (入院期間 を含む) 日	診療日及び入 院していた日 を○で囲んで 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
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)												年 月 日																					
										手術年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日																					
										退院年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.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"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和	年 月 日	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()																											
上記のとおり相違ありません。												年 月 日																					
医療機関の所在地											<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和	年 月 日																					
医療機関の名称											電話番号																						
医師の氏名											※ハイフン除く																						

様式番号

6 0 1 4 6 7