

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

提出先：総務課  
退職後は健保組合

初めての申請は「1」  
第 ( 1 ) 回

申請回数

記入見本

被保険者(申請者)情報	記号	番号	部署	職種	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	1	1234	リハ3東	看護師	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	010203		
	氏名 (フリガナ)	チカモリ シロウ		近森 次郎					
住所	(〒 780 - 0056 )		高知 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号						
電話番号 (日中の連絡先)	高知 都道府県		TEL 090 ( 1234 ) 5678						

振込先を下の欄に記入するか、次の2つのうち希望するものに☑を入れてください。

給与口座を利用します。近森会健保組合が事業主に照会し口座情報を取得することに同意します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関 名称	四国	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	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
	チカモリ シロウ			1. 申請者 2. 代理人

振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合より事業主に照会を行い、給与口座に振り込ませていただきます。

「？」の場合は必ずご記入ください

本人名義ではない口座を  
指定の場合のみ

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 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL ( )	委任者と 代理人との 関係
	住所	(フリガナ)	氏名	

受付日付印

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

申請内容	1 傷病名	1) うつ病 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	令和 2 年 5 月 17 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <b>気分の落ち込み、不眠</b> <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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> から 日数 <b>15</b> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> まで 日間		

ケガの場合は「負傷原因届」を添付

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="checkbox"/> 2. はい 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 checked="" type="checkbox"/> 3. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円
	2 - 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 checked="" type="checkbox"/> 3. 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円	
3 - 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。		
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 checked="" type="checkbox"/> 3. はい 3. いいえ 2. 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	

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

## 同意書

- ・傷病手当金支給決定のために、近森会健康保険組合が、療養を担当した医療機関の医師に対して症状の経過や所見などの治療内容について照会することに同意します。
- ・各種年金や休業補償給付、その他の収入について、近森会健康保険組合がマイナンバーを用いて関係機関に必要な事項を照会することに同意します。
- ・振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合が事業主に照会を行い、給与口座に振り込むことに同意します。

令和 2 年 〇 月 〇 日

住所 ( 〒780 - 0056 )

高知市北本町1丁目1-28

氏名

近森 次郎

近森会健康保険組合 理事長 殿

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		有給
	勤務		日
	令和		日
	令和		日
	令和		日
	上記賃金		日
			日
	上記		
	支給した(する)賃金内訳		(法等)
	上記		
事業			
事業所名称			
事業主氏名		電話 ( )	

記入不要

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者が意見を記入すること

患者氏名 (1) 療養の給付 (1) 令和 年 月 日

労務不能の発生年月日 (1) 令和 年 月 日

発病または負傷の年月日 (1) 令和 年 月 日

労務不能の開始年月日 (1) 令和 年 月 日

労務不能の終了年月日 (1) 令和 年 月 日

診療日数 (1) 令和 年 月 日

中止

転医

30 31

30 31

30 31

日

日

症名

人工透析を受ける

上

医療機関の名称

医師の氏名

電話 ( )

## 担当医に証明を 依頼してください

## 記入例

1 患者氏名 協会 太郎

2 傷病名 (1) 鎖骨骨折 (2) (3)

3 療養の給付開始年月日 (初診日) (1) 平成 26 年 4 月 22 日 (2) 平成 年 月 日 (3) 平成 年 月 日

4 発病または負傷の年月日 平成 26 年 4 月 22 日

5 労務不能の開始年月日 平成 26 年 4 月 22 日

労務不能の終了年月日 平成 26 年 5 月 12 日

発病または負傷の原因 左肩部強打

診療日数 5

診療日 4 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 23 25 26 27 28 29 30 31

○で囲んでください

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

上記の期間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)

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、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工透析を開始した日

人工透析の実施または人工透析を開始した日

人工透析の種類

人工透析の場所

人工透析の回数

人工透析の回数

人工透析の種類

人工透析の場所

人工透析の回数

人工透析の回数

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

印

電話 03 (△△△△) △△△△

- 【被保険者の方へ】
- 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】
- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。