

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日	
	個人番号												
	社員番号			職種									
	被保険者(請求者)氏名と印	フリガナ				被保険者(請求者)住所		〒 -					
	自署の場合は押印省略可												
	生年月日	昭和・平成		年	月	日	電話 ()						
	傷病名								発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく								第三者の行為によるものですか	いいえ・はい			
	傷病又は負傷で療養するため休んだ期間	平成 令和	年	月	日	から	日間		/				
		平成 令和	年	月	日	まで							
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで		受けた・受けない			将来		受けられる・受けられない				
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 令和	年	月	日	から	の日分として		円				
		平成 令和	年	月	日	まで							
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有・無・請求中		基礎年金番号		-							
	受給病名					障害厚生年金手当金の額		円					
任意継続被保険者・資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無			年金コード又は記号番号もしくは番号			年金額						
	有・無・請求中						円						
	無職無収入の証明	平成 令和	年	月	日	から	日間 無職無収入でありました。						
	平成 令和	年	月	日	まで								

支 払 金 融 機 関	銀行		本店 支店
	支店番号	口座番号	
	普通・当座		
	名義人(フリガナ)		
※被保険者名義の口座を必ずご記入ください			

受付日付印

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

氏名

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和	年	月	日	から	日間	給与締日：	日締め	
			平成・令和	年	月	日	まで			支払日：	日払い
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・手当等)	ア	平成・令和	年	月	日	から	金	円		
			平成・令和	年	月	日	までの分として	(日支払)		
		イ	平成・令和	年	月	日	から	金	円		
			平成・令和	年	月	日	までの分として	(日支払)		
		ウ	平成・令和	年	月	日	から	金	円		
			平成・令和	年	月	日	までの分として	(日支払)		
エ	平成・令和	年	月	日	から	金	円				
	平成・令和	年	月	日	までの分として	(日支払)				
オ	平成・令和	年	月	日	から	金	円				
	平成・令和	年	月	日	までの分として	(日支払)				
交通費 (欠勤分の精算がされていない場合に記入)		平成・令和	年	月	日	から	金	円			
		平成・令和	年	月	日	までの分として	(日支払)			
現在まで、将来も支給しない場合はその旨											
上記のとおり相違ないことを証明します。											
令和 年 月 日											
所在地											
事業主 名称											
氏名 ㊟											
電話											

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名										
	発病又は負傷年月日	平成・令和	年	月	日						
	療養の給付を開始した年月日	平成・令和	年	月	日						
	発病又は負傷の原因										
	労務不能と認めた期間	平成 令和	年	月	日	から	日間	左の期間中の 診療実日数	日間		
		平成 令和	年	月	日	まで					
	傷病の主状態及び経過概要										
	うえの期間中に入院した場合はその期間	平成・令和	年	月	日	から	日間	入院の 費用の別	健保・公費 自費・その他		
平成・令和		年	月	日	まで						
上記のとおり相違ないことを証明します。											
令和 年 月 日											
所在地											
医療機関名											
医師 氏名 ㊟											
電話											