

届書コード		
6	3	1

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

◎◎◎ 「記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。

⑦ 被保険者証の記号・番号										⑧ 被保険者の生年月日				届書種別		受付年度		通 番				グループ	
5:昭和 7:平成										年 月 日				0 1		平成 ※ 年 ※						※	
⑨ 被保険者(申請者)の氏名と印 (フリガナ)										⑩ 被保険者の資格を取得した年月日				昭和 平成		年 月 日		⑪ あなたの具体的な内容					
⑫ 被保険者(申請者)の住所										郵便番号				(フリガナ)		都道府県		電話 ()					
[受取人情報] / [被保険者情報]																							
⑬ 傷病名										⑭ 初診日				※ 前日		※ 請求年月日		年 月 日		※ 特別支給コード		※ 回数	
1)										年 月 日				※ 0:なし		年 月 日							
2)										年 月 日				※ 1:あり		年 月 日							
3)										年 月 日						年 月 日							
⑯ 発病時の状況を詳しく(負傷の場合は右面⑰を記入してください。)										⑰ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください													
⑱ 療養のため休んだ期間(申請期間)										平成 年 月 日 から				日 間				自 年 月 日		至 年 月 日			
⑲ 上記⑱の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。										<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない				<input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない									
⑳ 上記㉑で「受けた」(今後受ける)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)期間を記入してください。										平成 年 月 日 から				平成 年 月 日 まで				円					
㉒ 「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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中				<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金									
㉓ 上記㉒で「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)傷病名を記入してください。																							
㉔ 上記㉒で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)										基礎年金番号				年金コード		支給開始年月日				年金額			
										昭和 平成				年 月 日		円							
㉕ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中													
㉖ 上記㉕で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)										基礎年金番号				年金コード		支給開始年月日				年金額			
										昭和 平成				年 月 日		円							
㉗ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中													
㉘ 上記㉗で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。										支給(請求)労働基準監督署名				労働基準監督署									
㉙ 介護保険法の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					
※										減額1 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数				金額		円		区分		0:障害年金等以外 1:障害年金等			
										減額2 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数				金額		円		区分		0:障害年金等以外 1:障害年金等			
										減額3 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数				金額		円		区分		0:障害年金等以外 1:障害年金等			
										不支給1 期間 自 年 月 日 至 年 月 日				不支給2 期間 自 年 月 日 至 年 月 日		103条		104条		108条			
										不支給3 期間 自 年 月 日 至 年 月 日				不支給4 期間 自 年 月 日 至 年 月 日		0:非該当 1:該当		0:非該当 1:該当		0:非該当 1:該当			
										不支給理由				法定支給額		円		支給日数		支払方法			
																		2:個人払い		3:その他			

右面に振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

振込希望口座	① 支払区分	1 金融機関		銀行・金庫 信組	店・本店 支店・出張所
		金融機関コード	ⓧ		
		※		信連・信漁連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店
		② 預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 4:通知	▽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。)	
	口座番号		口座名義		

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	ⓧ
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	委任者と 代理人 との関係
受取人情報	代理人の 住所	(〒 -)	電話 ()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

② 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック(☑)してください。）		
被保険者が記入するところ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)をしましたか。 平成 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤・<input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事・<input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・<input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・<input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有・<input type="checkbox"/> 加入無</p>

社会保険労務士の
提出代行者印

ⓧ

平成 年 月 日提出

受付日付印

裏面に事業主証明欄、療養担当者証明欄があります。

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および賃金支払状況等を記入してください。

事業	㉞ 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)																															出勤	有給			
	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	計	日	日	
	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	計	日	日	
業	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	計	日	日	
	㉟ 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? □ はい・□ いいえ																															給与の種類 (○で囲んでください)		賃金計算		
主	㊱ 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賃金支給状況を下欄に記入してください。																															月給	日給	日給月給	締日	日
																																時間給	歩合給	その他	支払日	当月翌月
証	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																													
		区分		支給額	支給額	支給額																														
		基本給																																		
		通勤手当																																		
		住居手当																																		
		扶養手当																																		
		手当																																		
		手当																																		
現物給与																																				
計																																				
明	上記のとおり相違ないことを証明します。																															担当者氏名				
	平成 年 月 日																																			
	事業所所在地																																			
す	事業所名称																																			
	事業主氏名																															☎ 電話 ()				
と																																				
こ																																				
ろ																																				

「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療	患者氏名																																		
	養	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	年	月	日																											
			(2)		(2)	年	月	日																											
			(3)		(3)	年	月	日																											
	担	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	発病負傷	発病または負傷の原因																														
		㉞ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間																															
	者	㉞のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間入院	療養費用の別	健保	自費	公費()	その他																										
		転 帰	治療	繰越	中止	転医																													
	が	診療実日数	診察日を○で囲んでください。	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
				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
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	
意	㉞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)				手術年月日	平成 年 月 日																													
					退院年月日	平成 年 月 日																													
を	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																																		
入																																			
す	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		人工透析を実施または人工臓器を装着した日		昭和・平成 年 月 日																														
	人工臓器等の種類		ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 ()																																
と	上記のとおり相違ありません。																															平成 年 月 日			
	医療機関の所在地																																		
こ	医療機関の名称																																		
	医師の氏名																															☎ 電話 ()			
ろ																																			