



# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 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 type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 【K14】 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 から 日数 _____ _____ まで 日間		
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <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。  〔「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。〕	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
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 type="checkbox"/> 1. 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。  〔「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。〕	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	
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 type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 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	

「事業主記入用」は3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

事業主記入用

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		雇用基本契約		週・月 日 時 分から 時 分	休日曜日（シフト制以外）	
	有給手当日額		通勤手当計算方法				
	療養のため休んだ期間に対して、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	日	支払日
						<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	
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	区分	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） や賃金台帳と相違がある場合について ご記入ください。	
	基本給		支給額	支給額	支給額		
	通勤手当						
	住居手当						
	扶養手当						
	手当						
	計						
上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 年 月 日	担当者氏名	
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名					電話	( )	

療養担当者(医師等)が労務不能と認めた期間の出勤簿及び賃金台帳(写)を添付してください。

## 記入例

事業主が証明するところ	1 被保険者氏名 <b>健保 太郎</b>		雇用基本契約		週 月20日 9時 00分 から 17時 30分	休日曜日（シフト制以外）	土日祝、夏季、冬季	
	有給手当日額		通勤手当計算方法		月内に出勤日がある時は月額支給			
	療養のため休んだ期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 15日 支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
	2 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	区分	単価	3月16日 ～ 4月15日分	4月16日 ～ 5月15日分	月 日 ～ 月 日分	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等） や賃金台帳と相違がある場合について ご記入ください。  基礎日数 20日 基本給欠勤控除あり  200,000 ÷ 20日 × 10日 = 100,000		
	基本給	200,000/月	100,000	100,000	支給額			
	通勤手当	10,000/月	10,000	10,000				
	住居手当	10,000/月	10,000	10,000				
	扶養手当							
	有休 手当	10,000/日	30,000					
	計		150,000	120,000				
上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 3年 5月 20日	担当者氏名 <b>健保 良子</b>		
事業所所在地 〒000-00 00県00市00-00								
事業所名称 (株)フレッシュダスキ								
事業主氏名 代表取締役 島 大作					電話	00 ( 0000 ) 0000		

### 【被保険者の方へ】

- 1 所属事業所に証明を受けてください。(被保険者証等に記載されています。)資格喪失日以降の期間に関する申請については空欄でご提出ください。

### 【事業主の方へ】

- 2 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 3 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 4 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における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「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

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)	療養の給付開始年月日											(1)令和	年	月	日																	
	(2)												(2)令和	年	月	日																	
	(3)	初診日											(3)令和	年	月	日																	
発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病	発病または負傷の原因																											
労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	<input type="checkbox"/> 負傷		令和	年	月	日まで	日間																						
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )					<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																					
	令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他					転帰 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																					
診療実日数	診療日を ○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
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)															手術年月日 令和 年 月 日			退院年月日 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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話 ( )																																	

## 記入例

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

担当者が意見を記入するところ

1 患者氏名	健保 太郎																																	
2 傷病名	(1)	① 鎖骨骨折											(1)令和	3	年	4	月	1	日															
	(2)												(2)令和	年	月	日																		
	(3)	③ 療養の給付開始年月日(初診日)											(3)令和	年	月	日																		
発病または負傷の年月日	令和	3	年	4	月	1	日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病	発病または負傷の原因	鎖骨強打																								
労務不能と認められた期間	令和	3	年	4	月	1	日から	<input type="checkbox"/> 負傷		令和	3	年	5	月	1	日まで	31	日間																
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )					<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																						
	令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他					転帰 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																						
5 診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	4	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
		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
		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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)															手術年月日 令和 年 月 日			退院年月日 令和 年 月 日																
鎖骨を骨折し、4月1日初診、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、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能とした。																																		
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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。																																		
医療機関の所在地 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇〇																																		
医療機関の名称 医療法人 ダスキンクリニック																																		
医師の氏名 六甲 ひろし 電話 〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇																																		

### 【被保険者の方へ】

① 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】

- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。

決定年月日	令和	年	月	日
支給年月日	令和	年	月	日

健康保険組合決裁欄		
常務理事	事務長	担当