

記入例

ご不明な点は健康保険組合までお問い合わせください

被保険者→人事G→健保

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回目)
傷病手当金 付加金

受付年月日	支払年月日

太枠内をご記入ください。 申請年月日 平成 00年 4月 5日

② 被保険者証 記号・番号 211 - 159753	被保険者 ① (申請者) 氏名・印 虹技 康夫	③ 生年月日 昭和 00年 12月 12日	④ 招租 平成
被保険者 ① (申請者) 住所・TEL 〒 671 - **** 姫路市001-1 Tel. 079 (***) ****	事業所名称 所在地 勤務地 【部署名】 虹技 株式会社 姫路市大津区勤兵衛町4丁目1番地 【 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 【 〇〇部 OOG 】	(例：経理担当・事務 録物現場作業など)	
⑤ 資格取得 年月日 昭和 平成 ◆年 4月 1日	退職後の請求 ④ である場合は 資格喪失年月日 平成 年 月 日	⑥ あなたの仕事の 内容(具体的に) (退職後は在籍時の仕事内容) 〇〇担当事務	
⑦ 傷病名 胃潰瘍	発病 または 負傷 年月日 平成 〇〇年 3月 1日	傷病・負傷 の原因につ いて (該当する ものに○) 1. (はい・いいえ) 2. 病気 (状況を記入) 不明	けが⇒第三者行為によるものですか (はい・いいえ)
⑧ 療養のために休んだ期間 (申請期間) 平成 〇〇年3月11日 から 平成 〇〇年3月31日 まで	⑨ ⑩の期間に報酬を受けましたか。または 今後、受けられますか。該当する番号に○ 1. はい (受けた ・ 今後受ける) 2. いいえ (受けない)	⑪ ⑫で1.はいと答えた場合、その報酬額と その報酬 支払の基礎となった(なる)期間を記入 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円
⑬ 『障害厚生年金』または『障害手当金』を受給中または受給できますか。該当するものに○		1. はい 2. 請求中 3. いいえ	
「1.はい」、「2.請求中」と答えた場合、その種類と要因 となった(なる)傷病名、および基礎年金番号等を記入		種 類	・ 障害厚生年金 ・ 障害手当金
※『受給中』の場合は、『年金証書』『年金振込通知書』 等を添付してください。『請求中』の場合は、傷病名、基礎年金 番号を記入してください。		傷 病 名	基礎年金番号
⑭ 『健康保険の資格を喪失した方』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。該当するものに○		支給開始 年月日	年 月 日
「1.はい」、「2.請求中」と答えた場合、基礎年金番号等 を記入		年 金 コー ド	年 金 額
⑮ 介護保険サービスを受けたとき		保 険 者 番 号	保 険 者 番 号
被保険者のマイナンバー記載欄 (○被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)		保 険 者 名 称	

㉑ 保険者証に記載
の年月日 (ま
たは入社年月日)

㉒ 退職後(資格喪失
後)の請求の場合
は、退職日の翌
日。(例：退職日
6/30⇒7/1)

㉓ 療養のために休
んだ期間につ
いてご記入く
ださい。(原則、土日
祝日を含む月単
位です)

㉔ ⑩の期間中に給
与の支払いを受
けた(受ける予
定)か受けな
いかを記入して
ください。

㉕ ⑫で『1.はい』
の方は、その支
払の期間と金額
を記入してく
ださい。

㉖ 介護サービス
を受けたときは各
項目にご記入
ください。

㉗～㉙
被保険者についてご記入
ください。

㉚ 保険者証に記載されて
いる記号・番号
①氏名・押印
②生年月日
③住所・電話番号
④勤務地・所属部署名

㉛ 該当するものに○をし、
負傷原因・状況をご記入
ください。
1.けがの場合は、別途『負
傷原因報告書』を、また
第三者による時は「はい」
に○をしてください。
④事前に健保組合に連絡
が必要です。

㉜ 『障害厚生年金』または
『傷病手当金』を受給中
(受給予定)の方は各項目
にご記入ください。

㉝ 資格喪失後の継続給付を
受けている方で、『老齢
退職年金』を受給中(また
は受ける予定)の方は、各
項目にご記入ください。

㉞ または㉟
一時金の受取方法を選
択してください。
休業中の方は㉟の振込
をご利用ください。

＜現金受取の方＞ 姫路勤務で現金受取が可能な方

＜口座振込の方＞ 勤務地が姫路以外の方は現金受取が不可能な方

平成 年 月 日

本申請に基づく給付金に関する受領を
⑯ に委任します。

被保険者
(申請者)
氏名・印

金融機関名称
◆◆ 銀行 本店
信用金庫 支店
農協 出張所

振込先口座
種別 普通 当座 口座番号 **1234567**

加付
口座名義 **コウギ ヤスオ**
虹技 康夫

支給決定額	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	資格(取得・喪失)情報 取得 昭和 平成 年 月 日 喪失 年 月 日
傷病手当 支給期間	給付開始 平成 年 月 日 満了 平成 年 月 日	支給期間 (うち喪失日数)	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 ()	日 間	合 計
支 給 開始日	平成 年 月 日	内 法 定	日 額	日 数	給 付 額
支給開始日 以前の 期間と報酬	□12か月以上 ⑦ □12か月未満	至 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日 額	日 数	給 付 額
支 給 金 額 算 出 式 (+28.4) 付 加	$\frac{\text{当該年度の前年9/30における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額} \times 2}{12 \text{か月} \div 30 \text{日} \times 2/3} = \text{日額} \times \text{日数} = \text{円}$				
備考欄	※1：標準報酬日額(5円未満:切捨、5円以上10円未満:切上) ※2：※1の2/3相当額(50円未満:切捨、50円以上1円未満:切上)				

健康保険組合 記入欄

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。

- 『初回申請分』には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿の（写）を添付してください。役員などで出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

労務に服できなかった期間 (2回目以降は申請期間)		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間																																							
勤務状況 (出勤は○で、有給は△で、公休は●で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)																																									
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	出勤	有給	欠勤	公休						
																																						日	日	日	日
上記、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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		月給・日給 月給 日給・時間給		賃金計算		締日 支払日		末日 翌月 15日																													
●上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。																																									
支給した(する)賃金内訳	区分	支給期間	単価	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	●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。																																		
	基本給		円	給	給	給	事業所 記入欄																																		
	通勤手当		円																																						
	手当		円																																						
	手当		円																																						
計		円																																							
上記のとおり相違ないことを証明いたします。			平成 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																																						

患者氏名																																
傷病名		療養給付開始年月日(初診日)		平成 年 月 日																												
発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	発病負傷																														
労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	発病または負傷の原因																													
うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養費用の別	健保 自費 公費() その他																												
診療実日数	診察日を○で囲む	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手術()		手術年月日		平成 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		退院年月日		平成 年 月 日																												
○人工臓器等の種類		装着日		昭和 平成 年 月 日																												
				<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()																												
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																																
医療機関の名称																																
医師の氏名			☎ 電話																													