

健康保険傷病手当金支給申請書

振込先口座	被保険者名義の金融機関名		銀行・信金 信組・農協				本店・支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号							

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	(印)
-------------------	-----

事業主が記入するところ	被保険者氏名																																			
	勤務状況（出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください）										出勤	有給																								
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	上記の期間に対して、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"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		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	期間	単価	月 日 日分		月 日 日分		月 日 日分		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください																									
					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																																				
上記のとおり相違ないことを証明します										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										(印)		電話 ()																								

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ところ	患者氏名															
	傷病名	①	療養の給付開始年月日(初診日)	① 平成・令和 年 月 日												
		②		② 平成・令和 年 月 日												
		③		③ 平成・令和 年 月 日												
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	令和 年 月 日	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 令和 年 月 日まで 日間													
	うち入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費()	転帰	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止									
					<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医									
	診療実日数 日	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・令和 年 月 日												
			退院年月日	平成・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	昭和・平成・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"/> 人口骨頭	<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 令和 年 月 日																
医療機関の所在地																
医療機関の名称																
医師の氏名 (印) 電話 ()																

傷病手当金支給申請書の注意事項

添付書類をご用意ください

初回申請時に必ず添付いただくもの

①出勤簿のコピー ②賃金台帳のコピー

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ヶ月分の出勤簿(タイムカード)と賃金台帳のコピー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

※申請期間に給与等の支払に変更があった場合は2回目以降の申請時に添付が必要な場合があります

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの

障害厚生年金の給付を受けている方	「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー」および「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー」
老齢退職年金の給付を受けている方(資格喪失後に申請する場合)	「老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー」および「老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー」
労災保険から休業補償給付を受けている方	「休業補償給付支給決定通知書のコピー」
怪我(負傷)の場合	「負傷原因届」
第三者行為による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等