

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

提出先：総務課
退職後は健保組合

第 () 回

| | | | | | | | | |
|-------------|------------------|--------------------------------|----------------------------|---------|----|------|---|--|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 <input type="checkbox"/> | 番号 <input type="text"/> | 部署 | 職種 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | 都 道 府 県 | | TEL () | | | | |

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

| | | | | |
|---------|------------|---|------|-----------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関 名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () | | 本店 支店 出張所 本所 支所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | <input type="text"/> |
| | 口座名義 | ▼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。) | | 口座名義 の区分 |

「2」の場合は必ずご記入ください。

| | | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|------------------------|----------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 (申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | | 令和 年 月 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | |
| | 氏名 | (〒 -) TEL () | 委任者と 代理人との 関係 | |

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

(R4.11 改定)

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

| | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|--|----------|
| 申請内容 | 1) 傷病名 | 2) 傷病名 | 2 発病または負傷年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 2) 傷病名 | 3) 傷病名 | 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 → 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 |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | 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 |
| | 2 - 「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。 | |
| 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。 | 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 - 「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。 | | |
| 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 | |

健康保険 傷病手当金 支給申請書

同意書

- ・傷病手当金支給決定のために、近森会健康保険組合が、療養を担当した医療機関の医師に対して症状の経過や所見などの治療内容について照会することに同意します。
- ・各種年金や休業補償給付、その他の収入について、近森会健康保険組合がマイナンバーを用いて関係機関に必要な事項を照会することに同意します。
- ・振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合が事業主に照会を行い、給与口座に振り込むことに同意します。

令和 年 月 日

住所 (〒 -)

氏名

近森会健康保険組合 理事長 殿

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 計 | 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 | 計 | 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 | 計 | 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 | | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 | | <input type="checkbox"/> 時間給 | | 賃金計算 | 締日 | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> いいえ | | | <input type="checkbox"/> 日給 | | <input type="checkbox"/> 歩合給 | | | 支払日 | | <input type="checkbox"/> 当月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 日給月給 | | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | <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 | 月 日 | 月 日 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ～ 月 日分 | | | | | ～ 月 日分 | ～ 月 日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた傷病名 | (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) | (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 <input type="checkbox"/> 負傷 | 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 | 日間 | 療養費用の別 | <input type="checkbox"/> 健保 | <input type="checkbox"/> 公費() | 転帰 | <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 | | <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。 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記入例

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|----|----|----------|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 患者氏名 | 協会 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 傷病名 | (1) | 鎖骨骨折 | 療養の給付開始年月日(初診日) | (1)平成 | 25 | 年 | 4 | 月 | 22 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (2) | | (2)平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (3) | | (3)平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 発病または負傷の年月日 | 平成 | 26 | 年 | 4 | 月 | 22 | 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 発病 | 発病または負傷の原因 | 左肩部強打 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 平成 | 26 | 年 | 5 | 月 | 12 | 日まで | 21 | | | 日間 | <input type="checkbox"/> 負傷 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 診療実日数 | 診療日を | 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 |
| | | ○で囲んでください。 | 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 |
| 上記の期間中における「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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 平成 25 年 5 月 22 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 東京都品川区△△-1-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 ○○総合病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 保険 五郎 (印) 電話 03 (△△△△) △△△△ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【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。

健康保険 負傷原因 届

ケガの場合 添付

被保険者または負傷した方が記入するところ

| | | | |
|--|--|---|--|
| 負傷した方 | <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名） | | |
| 負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。 | <input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ） | ▶ 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない | |
| 傷病名 | | | |
| 負傷日時 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 | 時 頃 |
| 負傷した時間帯（状況） | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し） | | |
| 負傷場所 | <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか | <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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外） <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 | | |
| 上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、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"/> 無 ———▶ <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 | ※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。 | |
| 負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。 | | | |
| 治療経過 | 令和 年 月 日 | 現在 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 |
| 治療期間 | 令和 年 月 日 | から | 令和 年 月 日 まで |

| | | | | |
|-------|--------------------------------|--------------------------|--|---------------|
| 事業主欄 | 業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。 | | | |
| | 事業所の労災適用 | 有・無・申請中 | 社員総数 | 名 事業内容 |
| | 業務（通勤）災害 該当の確認 | 有・無 | ▶「無」の場合、その理由 | |
| | 事業所所在地 | 上記、本人の申し立てのとおり (〒 -) | <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 | に相違ないことを認めます。 |
| | 事業所名称 | | | |
| 事業主氏名 | | | | |
| 電話番号 | () | | | |

(R3.1.22 改定)

受付日付印