

健康保険 傷病手当金・付加金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

|  |  |  |                              |  |                               |
|--|--|--|------------------------------|--|-------------------------------|
| 被保険者（申請者）情報  | 記号   | 番号   | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください |  |                               |
|  | 被保険者等<br>記号・番号<br>(左づめ)  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         | <input type="text"/>   | <input type="text"/>          |
|  | 氏名   | (フリガナ) トウヨウ タロウ<br><b>東洋 太郎</b>  | 生年月日                         | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日<br><input type="text"/> |
|  | 住所   | (〒 <input type="text"/> - <input text"="" type="text/&gt;)&lt;br/&gt;神奈川県 &lt;input type="/> 横浜市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 1-2 | 都道府県                         | <input checked="" type="radio"/> 県   |                               |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)   | TEL <input type="text"/> ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> |  |                              |  |                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) |  |  |                              |  |                               |

|                |  |                      |   |                      |   |
|----------------|--|----------------------|---|----------------------|---|
| 振込先指定口座        | <input type="checkbox"/> 登録している受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) |                      |   |                      |   |
|                | 金融機関<br>名称   | <input type="text"/> | <input checked="" type="radio"/> 銀行<br><input type="radio"/> 金庫<br><input type="radio"/> 信組<br><input type="radio"/> 農協<br><input type="radio"/> 漁協<br>その他 ( <input type="text"/> ) | <input type="text"/> | <input checked="" type="radio"/> 本店<br><input type="radio"/> 支店<br>出張所<br>本所 支所 |
|                | 預金種別   | 普通                   | 口座番号<br>(左づめ)   | <input type="text"/> |   |
| 口座名義<br>(カタカナ) | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。<br><input type="text"/>           |                      |   |                      |   |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 傷病手当金・付加金 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) <input type="text" value="〇〇〇骨折"/>  | 2 発病または負傷年月日                    | 令和 <input type="text" value="〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日 |
|      |  | 2) <input type="text"/>  |                                 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                               |
|      |  | 3) <input type="text"/>  |                                 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                               |
|      | 3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。               | 2 <input type="text" value="1. 病気"/><br><input type="text" value="2. ケガ"/>   | (発症時の状況)<br>状況を簡単にまとめて記入してください。 |   |
|      | 4 療養のため休んだ期間(申請期間)                         | (令和) <input type="text" value="〇"/> 年 <input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日 から <input type="text" value="〇"/> 日数<br><input type="text" value="〇"/> 月 <input type="text" value="〇"/> 日 まで <input type="text" value="〇"/> 日間 |                                 |   |
|      | 5 あなたの仕事の内容(具体的に)<br>(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) | <input type="text" value="〇〇担当事務"/>  |                                 |   |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 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。  | 2 <input type="text" value="1. はい"/><br><input type="text" value="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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="text" value="報酬額"/> 円<br>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで  |   |
|   | 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。   | 3 <input type="text" value="1. はい"/><br><input type="text" value="2. 請求中"/><br><input type="text" value="3. いいえ"/>   | <input type="text" value="1. 障害厚生年金"/><br><input type="text" value="2. 障害手当金"/> |
|   | 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。<br><br>〔「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 <input type="text"/><br>基礎年金番号 <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/><br>支給開始年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円<br><input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |   |
|   | 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。  | 3 <input type="text" value="1. はい"/><br><input type="text" value="2. 請求中"/><br><input type="text" value="3. いいえ"/>   | <input type="text" value="名称"/>   |
| 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。<br><br>〔「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 <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/><br>支給開始年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円<br><input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |  |   |
| 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  | 3 <input type="text" value="1. はい"/><br><input type="text" value="2. 労災請求中"/><br><input type="text" value="3. いいえ"/>   |  |   |
| 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。                                |  | <input type="text" value="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 <input type="text"/>   | 被保険者番号 <input type="text"/>  | 保険者名称 <input type="text"/>  |

「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・付加金 支給申請書

1 2 3 4

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)                  | (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<br><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           | 療養費用の別  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |              | 令和 年 月 日まで           | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 診療実日数        | 診療日を                 | 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                                       |              | 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   |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |   | 人工臓器等の種類  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |              | 平成 令和                |   | 人工臓器等の種類  |  | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><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   |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |              | (2)                    | 療養の給付開始年月日 (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<br><input checked="" type="checkbox"/> 負傷   | 発病または負傷の原因<br>左肩部強打   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 労務不能と認められた期間 | 平成 26 年 4 月 22 日から     | 21 日間  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5   | うち入院期間       | 平成 年 月 日から             | 療養費用の別   |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |              | 平成 年 月 日まで             | <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                  | 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 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |              | 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 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |  | 人工臓器等の種類  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |              | 平成 令和                  |  | 人工臓器等の種類  |  | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><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 26 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 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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。