

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 者 の 記 入 欄	被保険者等の 記号・番号		被保険者の 氏名と印		印	
	被保険者の 現住所	〒				
	事業所名称		被保険者の担当 業務の種類			
	傷病名	1)		初診年月日		年 月 日
		2)				年 月 日
		3)				年 月 日
	療養のため 休んだ期間 (申請期間)	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
		上記の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。また今後受けられますか。			はい ・ いいえ	
		上記が「はい」の場合、 その報酬の額と期間			年 月 日から 年 月 日まで 円	
	障害厚生年金・障害 手当金支給の有無	はい ・ 請求中 ・ いいえ		はいの場合 種別・対象傷病名	支給種別: 対象傷病名:	
老齢または退職を 事由とする公的年金 支給の有無	はい ・ 請求中 ・ いいえ		はいの場合 種別			
備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (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。)					

療 養 担 当 者 の 記 入 欄	患者氏名		発病または 負傷の年月日		年 月 日	
	傷病名	1)		初診年月日		年 月 日
		2)				年 月 日
		3)				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	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	上記期間のうち 入院期間	年 月 日から	日間	診療実日数	日 (入院期間を含む)	
		年 月 日まで		転 帰	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医	
	上記期間中における主たる症状および 経過、治療内容等	(詳細に)				
	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					
上記のとおり相違ありません。	年 月 日					
	医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名				印	

健康保険 傷病手当金支給申請書

事業主の証明欄	被保険者氏名								
	労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	
	上記の期間に対して賃金を支給しましたか。また今後支給しますか。						はい	・	いいえ
	上記が「はい」の場合、その報酬の額と期間	年	月	日から	年	月	日まで	円	
証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。								
	年 月 日								
	事業所所在地								
	事業所名称								
	事業主氏名								
	㊞								

【添付書類】

- ① 出勤簿（写）
- ② 賃金台帳（写）