

健康保険 傷病手当金支給申請書（第 1 回）

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号	100	1234567	被 保 険 者 の 氏 名 と 印	大 暖 太 郎	○
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒***-*** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 **ー**				
	事 業 所 名 称	ダイダン(株)		被 保 険 者 の 担 当 業 務 の 種 類	事務職	
	傷 病 名	1) 肺癌		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 手当金受給の有無		はい ・ 請求中 ・ いいえ		はい・請求中の場合 種別・対象傷病名	受給種別: 対象傷病名:
老 齢 ま た は 退 職 を 事 由 と す る 公 的 年 金 受 給 の 有 無		はい ・ 請求中 ・ いいえ		はい・請求中の場合 種別・対象傷病名	老齢厚生年金	
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。)				

↓下欄は療養担当者（医師）に記入してもらってください。

療 養 担 当 者 の 記 入 欄	患 者 氏 名	大 暖 太 郎		発 病 ま た は 負 傷 の 年 月 日	**** 年 ** 月 日	
	傷 病 名	1) 肺癌		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	※原因を分かる範囲で記入				
	労 務 不 能 と 認 め 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 **** 年 ** 月 ** 日まで ** 日間		診 療 実 日 数	** 日 (入院期間を含む)	
				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、治療内容を詳細に記入				
	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	※労務不能と認めるに至った医学的所見を記入				
上 記 の と お り 相 違 い あり ませ ん 。 **** 年 ** 月 ** 日	医療機関所在地 医療機関名称 療養担当者（医師）の証明が必要 医 師 氏 名					

【記入例】

健康保険 傷病手当金支給申請書

↓下欄は事業主に記入してもらってください。

事業主の証明欄	被 保 険 者 氏 名	大 暖 太 郎				
	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 ・ <u>いいえ</u>			
	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		
	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					

事業主の証明が必要

【添付書類】

- ① 出勤簿（写）
- ② 賃金台帳（写）