

(第 回) 健康保険傷病手当金申請書 【被保険者】

|                  |      |                     |    |    |       |   |    |
|------------------|------|---------------------|----|----|-------|---|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 記号   | 番号                  | 枝番 | 00 | 事業所名  |   |    |
|                  | フリガナ |                     |    |    |       | 〒 | 電話 |
|                  | 氏名   | 【被保険者】<br>住所<br>連絡先 |    |    |       |   |    |
|                  | 生年月日 | 年                   | 月  | 日  | 業務の種別 |   |    |

|  |   |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |
|--|---|----------------------------------|---------------|-----------------------|-------------|-----------------------|------|-----|--|--|
| 申<br>請<br>内<br>容                                       | ①傷病名<br>※1  | 1) _____<br>2) _____<br>3) _____ | 組合<br>処理<br>欄 | 傷<br>病<br>コ<br>ー<br>ド |             | 療<br>養<br>開<br>始<br>日 |      |     |  |  |
|  | ※1 外傷・第三者行為による傷病の場合、負傷原因届・第三者行為による傷病届を提出してください。(初回申請時のみ) <input type="checkbox"/>   |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |
|  | ②療養のため休んだ期間 (申請期間)  | 令和 年 月 日 から                      |               |                       | 令和 年 月 日 まで |                       |      | 日間  |  |  |
|  | ③申請期間の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。   | はい                               |               |                       | いいえ         |                       |      |     |  |  |
|  | 「はい」の場合、その基礎となる期間とその報酬額をご記入ください。  |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |
|  |   | 令和 年 月 日 から                      |               |                       | 令和 年 月 日 まで |                       |      | 円   |  |  |
|  | ④労災保険から休業補償給付を受けていますか。  | はい                               |               |                       | いいえ         |                       |      | 請求中 |  |  |
|  | ⑤障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。   | はい                               |               |                       | いいえ         |                       |      | 請求中 |  |  |
|  | 「はい」又は「請求中」の場合、下欄をご記入ください。《添付書類：年金証書の写し(初回申請時、年金額改定時)》  |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |
|  | 傷病名   |                                  |               |                       | 受給開始        |                       |      | 年 月 |  |  |
| 基礎年金番号   |   |                                  |               | 年金コード                 |             |                       | 年額 円 |     |  |  |
| ⑥老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。                            | はい  |                                  |               | いいえ                   |             |                       | 請求中  |     |  |  |
| 「はい」又は「請求中」の場合、下欄をご記入ください。《添付書類：年金証書の写し(初回申請時、年金額改定時)》 |   |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |
| 基礎年金番号   |   |                                  |               | 年金コード                 |             |                       | 年額 円 |     |  |  |
| 備考   |   |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |
| 振<br>込<br>先  | 健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。<br><input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。 |                                  |               |                       |             |                       |      |     |  |  |

注) 被保険者口座以外を希望する場合、下記受取代理人欄の記入が必要です。

|                            |      |   |       |             |      |         |  |
|----------------------------|------|---|-------|-------------|------|---------|--|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>欄 | 被保険者 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。<br>令和 年 月 日 |       |             |      | 代理人との関係 |  |
|                            | 代理人  | 住所<br>氏名<br>電話                          |       |             |      |         |  |
|                            |      | 金融機関コード                                 | 金融機関名 | 口座種別        | 口座番号 |         |  |
|                            |      |   |       | 普通 当座       |      |         |  |
|                            |      | 店番号                                     | 支店名   | 口座名義 (カタカナ) |      |         |  |
|                            |      |   |       |             |      |         |  |

・継続給付の方<添付書類：雇用保険受給期間延長通知書(写し)、療養状況等報告書(毎回)>

# 健康保険傷病手当金申請書

【療養担当者】

|   |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|--|----------------|-------|----------|----------------|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 患者氏名  |  |                | 生年月日  | 年 月 日    |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 傷病名   | 1)   | 初診日            |       | 年 月 日    |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 2)   |                |       | 年 月 日    |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 3)   |                |       | 年 月 日    |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 発症または<br>負傷の年月日   | 年 月 日  | 発症または<br>負傷の原因 |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 療養費用の別  | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と<br>認めた期間  | 令和 年 月 日 から  |                |       | 日間       | 左記期間の<br>診療実日数 | 日間 |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 令和 年 月 日 まで  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| うち入院期間  | 令和 年 月 日 から  |                |       | 日間       |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 令和 年 月 日 まで  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と認めた期間の診療日及び入院していた日を○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 |
| 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 |
| 労務不能と認めた期間に診療がない場合、<br>証明期間前後の直近診療日をご記入ください                     |  |                | 証明期間前 | 令和 年 月 日 |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   |  |                | 証明期間後 | 令和 年 月 日 |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と認めた意見（傷病の主症状及び経過の概要）を詳しくご記入ください。                           |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 初診日以前から労務不能と認めた場合はその判断理由をご記入ください。                               |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span> |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関所在地   |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関名称  |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 担当医師名   |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 電話番号  |  |                |       |          |                |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

療養担当者の記入欄

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

# 健康保険傷病手当金申請書

【事業主】

|   |                   |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |    |                                 |     |
|---|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----|---------------------------------|-----|
| 事業主の証明欄   | 記号                | 番号                            | 枝番                             | 00                            | 被保険者氏名                        |                              |                                  |    |                                 |     |
|   | 労務に服さなかった期間       | 令和 年 月 日 から                   |                                |                               |                               | 日間                           | 欠勤                               | 日  | 有給                              | 日   |
|   |                   | 令和 年 月 日 まで                   |                                |                               |                               |                              |                                  |    |                                 |     |
|   | 賃金等支給状況<br>(該当に☑) | 賃金                            | <input type="checkbox"/> 支給しない |                               | <input type="checkbox"/> 支給予定 |                              | <input type="checkbox"/> 一部支給    |    | <input type="checkbox"/> 全部支給   |     |
|   |                   | 通勤費                           | <input type="checkbox"/> 支給なし  |                               | <input type="checkbox"/> 支給あり |                              | [ <input type="checkbox"/> 精算なし  |    | <input type="checkbox"/> 精算あり ] |     |
|   | 締支払日              | 毎月                            | 日締                             | 当月                            | 翌月                            | 日支払                          | 勤怠控除                             | 当月 | 翌月                              | 翌々月 |
|   | 賃金形態              | <input type="checkbox"/> 役員報酬 | <input type="checkbox"/> 固定給   | <input type="checkbox"/> 日給月給 | <input type="checkbox"/> 日給   | <input type="checkbox"/> 時間給 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |                                 |     |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>令和 年 月 日<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話番号 |                   |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |    |                                 |     |

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

|            |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
|------------|

[事業主の方へ]

下記添付書類の添付をお願いします。

- ・ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿および賃金台帳
- ・ 通勤費の支給および清算がある場合、その金額が記載された賃金台帳または通勤費に係る支給明細書等
- ・ 賃金形態が役員報酬の場合、報酬額を減額または不支給に改定した取締役会の議事録

◆賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について、計算方法を明示した資料を添付してください。

◆通勤費は支給期間および支給内容（定期券代、実費交通費、ガソリン代等）を記載してください。

- ・ 被保険者の口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。

[申請に関する注意事項]

- ・ 介護保険サービスを受けた場合、備考欄に保険者番号、被保険者番号および保険者名称を記載ください。
- ・ 被保険者の方が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、事前に健康保険組合にご連絡ください。

[継続給付の方へ]

- ・ 被保険者資格喪失後に継続して傷病手当金を受ける場合、「健康保険傷病手当金申請書【事業主】」に替えて「療養状況等報告書」を添付してください。

また、退職後の初回申請時には雇用保険受給期間延長通知書（写し）を添付してください。

なお、延長通知書を取得できない方は、健康保険組合にご連絡ください。

(第 〇 回)

# 健康保険傷病手当金申請書

【被保険者】

|                  |      |                  |    |    |       |           |           |                             |  |  |  |
|------------------|------|------------------|----|----|-------|-----------|-----------|-----------------------------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 記号   | 9999             | 番号 | 11 | 枝番    | 00        | 事業所名      | ㈱健保企画                       |  |  |  |
|                  | フリガナ | ケンボ タロウ          |    |    |       |           | 【被保険者】    | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |  |  |  |
|                  | 氏名   | 健保 太郎            |    |    |       |           | 住所<br>連絡先 | 横浜市西区北幸〇-〇-〇                |  |  |  |
|                  | 生年月日 | 平成 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |    |    | 業務の種別 | システムエンジニア |           |                             |  |  |  |

|  |   |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
|--|---|-------------------------|--|--|-------|---------------|-----------------------|-------|-----------------------|-----|--|--|--|
| 申<br>請<br>内<br>容                                       | ①傷病名<br>※1  | 1) 左大腿骨遠位端骨折            |  |  |       | 組合<br>処理<br>欄 | 傷<br>病<br>コ<br>ー<br>ド |       | 療<br>養<br>開<br>始<br>日 |     |  |  |  |
|  | ※1 外傷・第三者行為による傷病の場合、負傷原因届・第三者行為による傷病届を提出してください。(初回申請時のみ) <input type="checkbox"/>   |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
|  | ②療養のため休んだ期間 (申請期間)  | 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から     |  |  |       |               |                       | 〇〇 日間 |                       |     |  |  |  |
|  |   | 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで     |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
|  | ③申請期間の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。   | はい                      |  |  |       |               |                       | いいえ   |                       |     |  |  |  |
|  | 「はい」の場合、その基礎となる期間とその報酬額をご記入ください。  |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
|  |   | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |  |  |       |               |                       | 円     |                       |     |  |  |  |
|  | ④労災保険から休業補償給付を受けていますか。  | はい                      |  |  |       |               |                       | いいえ   |                       | 請求中 |  |  |  |
|  | ⑤障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。   | はい                      |  |  |       |               |                       | いいえ   |                       | 請求中 |  |  |  |
|  | 「はい」又は「請求中」の場合、下欄をご記入ください。≪添付書類：年金証書の写し(初回申請時、年金額改定時)≫  |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
| 傷病名  |   |                         |  |  | 受給開始  |               | 年 月                   |       |                       |     |  |  |  |
| 基礎年金番号   |   |                         |  |  | 年金コード |               | 年額                    |       | 円                     |     |  |  |  |
| ⑥老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。                            | はい  |                         |  |  |       |               | いいえ                   |       | 請求中                   |     |  |  |  |
| 「はい」又は「請求中」の場合、下欄をご記入ください。≪添付書類：年金証書の写し(初回申請時、年金額改定時)≫ |   |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
| 基礎年金番号   |   |                         |  |  | 年金コード |               | 年額                    |       | 円                     |     |  |  |  |
| 備考   |   |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |
| 振<br>込<br>先  | 健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。<br><input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。 |                         |  |  |       |               |                       |       |                       |     |  |  |  |

注) 被保険者口座以外を希望する場合、下記受取代理人欄の記入が必要です。

|                            |         |                             |       |  |             |         |      |  |  |  |
|----------------------------|---------|-----------------------------|-------|--|-------------|---------|------|--|--|--|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>欄 | 被保険者    | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |       |  |             | 代理人との関係 |      |  |  |  |
|                            |         | 令和 年 月 日                    |       |  |             |         |      |  |  |  |
|                            | 代理人     | 氏名                          |       |  |             |         |      |  |  |  |
|                            |         | 住所                          |       |  |             |         |      |  |  |  |
|                            |         | 氏名                          |       |  |             |         |      |  |  |  |
|                            | 電話      |                             |       |  |             |         |      |  |  |  |
|                            | 金融機関コード |                             | 金融機関名 |  | 口座種別        |         | 口座番号 |  |  |  |
|                            |         |                             |       |  | 普通 当座       |         |      |  |  |  |
|                            | 店番号     |                             | 支店名   |  | 口座名義 (カタカナ) |         |      |  |  |  |
|                            |         |                             |       |  |             |         |      |  |  |  |

・継続給付の方≪添付書類：雇用保険受給期間延長通知書(写し)、療養状況等報告書(毎回)≫

# 健康保険傷病手当金申請書

【療養担当者】

|   |   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|---|------------|------------|------------------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 患者氏名  | 健保 太郎   |            | 生年月日       | 平成 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 傷病名   | 1) 左大腿骨遠位端骨折  |            | 初診日        | 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 2)  |            |            | 年 月 日            |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 3)  |            |            | 年 月 日            |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 発症または負傷の年月日   | 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日  | 発症または負傷の原因 | スポーツによるケガ  |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 療養費用の別  | <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と認められた期間  | 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から   | ○○ 日間      | 左記期間の診療実日数 | ○○ 日間            |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 まで   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| うち入院期間  | 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から   | ○○ 日間      |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 まで   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と認められた期間の診療日及び入院していた日を○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 |
| 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 |
| 労務不能と認められた期間に診療がない場合、<br>証明期間前後の直近診療日をご記入ください                           |   |            | 証明期間前      | 令和               | 年 | 月 | 日 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   |   |            | 証明期間後      | 令和               | 年 | 月 | 日 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 労務不能と認められた意見（傷病の主症状及び経過の概要）を詳しくご記入ください。                                 |   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 骨折治療のため入院及び通院療養が必要であったため、上記期間は労務不能と認める。                                 |   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 初診日以前から労務不能と認めた場合はその判断理由をご記入ください。                                       |   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 <span style="float: right;">令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日</span> |   |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関所在地   | 横浜市西区南幸○-○○-○○  |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関名称  | 総合健保病院  |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 担当医師名   | 健保 健次郎  |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 電話番号  | ○○○-○○○-○○○○  |            |            |                  |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

療養担当者の記入欄

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

# 健康保険傷病手当金申請書

【事業主】

|   |                   |                               |                                |                              |  |  |  |                             |  |                               |   |                                  |
|---|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|-------------------------------|---|----------------------------------|
| 事業主の証明欄   | 記号                | 9999                          | 番号                             | 11                           | 枝番                                       | 00                                       | 被保険者氏名                                   | 健保 太郎                       |  |                               |   |                                  |
|   | 労務に服さなかった期間       | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から             |                                |                              |  |  | 〇〇 日間                                    | 欠勤                          | 〇〇 日                                       |                               |   |                                  |
|   |                   | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで             |                                |                              |  |  |  |                             | 有給   | 〇〇 日                          |   |                                  |
|   | 賃金等支給状況<br>(該当に☑) | 賃金                            | <input type="checkbox"/> 支給しない |                              | <input type="checkbox"/> 支給予定            |  | <input checked="" type="checkbox"/> 一部支給 |                             |  | <input type="checkbox"/> 全部支給 |   |                                  |
|   |                   | 通勤費                           | <input type="checkbox"/> 支給なし  |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 支給あり |  | [ <input type="checkbox"/> 精算なし          |                             | <input checked="" type="checkbox"/> 精算あり ] |                               |   |                                  |
|   | 締支払日              | 毎月                            | 末                              | 日締                           | 〇  | 翌月                                       | 25                                       | 日支払                         | 勤怠控除                                       | 当月                            | 〇 | 翌々月                              |
|   | 賃金形態              | <input type="checkbox"/> 役員報酬 |                                | <input type="checkbox"/> 固定給 |  | <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 |  | <input type="checkbox"/> 日給 |  | <input type="checkbox"/> 時間給  |   | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>事業所所在地 <b>相模原市中央区〇-〇-〇</b></p> <p>事業所名称 <b>㈱健保企画</b></p> <p>事業主氏名 <b>健保 健太郎</b></p> <p>電話番号 <b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b></p> |                   |                               |                                |                              |  |  |  |                             |  |                               |   |                                  |

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

|            |  |
|------------|--|
| 社会保険労務士記載欄 |  |
|------------|--|

[事業主の方へ]

下記添付書類の添付をお願いします。

- ・ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿および賃金台帳
- ・ 通勤費の支給および清算がある場合、その金額が記載された賃金台帳または通勤費に係る支給明細書等
- ・ 賃金形態が役員報酬の場合、報酬額を減額または不支給に改定した取締役会の議事録

◆賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について、計算方法を明示した資料を添付してください。

◆通勤費は支給期間および支給内容（定期券代、実費交通費、ガソリン代等）を記載してください。

- ・ 被保険者の口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。

[申請に関する注意事項]

- ・ 介護保険サービスを受けた場合、備考欄に保険者番号、被保険者番号および保険者名称を記載ください。
- ・ 被保険者の方が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、事前に健康保険組合にご連絡ください。

[継続給付の方へ]

- ・ 被保険者資格喪失後に継続して傷病手当金を受ける場合、「健康保険傷病手当金申請書【事業主】」に替えて「療養状況等報告書」を添付してください。

また、退職後の初回申請時には雇用保険受給期間延長通知書（写し）を添付してください。

なお、延長通知書を取得できない方は、健康保険組合にご連絡ください。