

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 別紙

被保険者（申請者）記入用

第1回目の申請（傷病手当金同意書の提出が必要です） 第2回目以降の申請 年 月 日

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	必ず自署してください。			
住所	(〒 -)	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店		
		その他 ()	出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号		左づめでご記入ください。
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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

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。			年 月 日
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
	代理人（口座名義人）	(〒 -)	TEL ()		
		住所 (フリガナ)	氏名	委任者と代理人との関係	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 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、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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

常務理事	事務長	担当

(2024.3)

受付日付印

--

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 別紙

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	年 月 日 年 月 日 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)	
			2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。(初回のみ)	
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		年 月 日 から	日数	日間
		年 月 日 まで		
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

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
	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"/> 2. 請求中 <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等をご記入ください。	傷病名 _____
	「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 _____ 年金コード _____
	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 <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。	名称 _____
「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 _____ 年金コード _____	
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 <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 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。	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 _____	
6 別紙を必ずお読みになり、ご回答ください。「傷病手当金を申請される方への注意事項」を確認されましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい(確認した)	

※資格喪失日以降の期間の申請については、別途「療養・日常生活状況報告書」とそれに伴う添付書類が必要です。健康保険組合までお申出ください。

「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 支給申請書

1 2 3 4 別紙

事業主記入用

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	労務に服さなかった期間		年 月 日から	年 月 日まで(日間)			
	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
	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	日	日	
	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	日	日	
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	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 <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <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。								
支給した賃金内訳	期間	固定給額	月 日 ~ 月 日 日分	月 日 ~ 月 日 日分	月 日 ~ 月 日 日分	上記期間中の通勤手当の取扱い		
	区分		支給額	支給額	支給額			
	基本給							
	通勤手当					<input type="checkbox"/> 支給していない		
	住居手当					<input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金を依頼 【給与で調整等(予定を含む)】		
	手当					<input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金依頼や調整を行わない		
	計					通勤手当の支給金額を確認できる書類の添付をお願いします。		
上記期間中の手当の取扱い	_____ 手当	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金を依頼【給与で調整等(予定を含む)】	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金依頼や調整を行わない					
通勤手当以外の手当を支給されている場合、手当名および□をご記入ください	_____ 手当	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金を依頼【給与で調整等(予定を含む)】	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金依頼や調整を行わない					
	_____ 手当	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金を依頼【給与で調整等(予定を含む)】	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金依頼や調整を行わない					
	_____ 手当	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金を依頼【給与で調整等(予定を含む)】	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金依頼や調整を行わない					
	_____ 手当	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金を依頼【給与で調整等(予定を含む)】	<input type="checkbox"/> 欠勤分の返金依頼や調整を行わない					
欠勤控除の算出方法(一部控除があったとき)	【計算式】				欠勤控除分の精算時期	<input type="checkbox"/> 当月給与 <input type="checkbox"/> 翌月給与 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	有休がある場合：有休日額(円/日)							
上記のとおり相違ないことを証明する。	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	()						

添付書類について

第1回目の申請及び第2回目以降であっても一部でも報酬の支払いがある場合や申請期間が継続していない場合、申請期間にかかる①出勤簿(写) ②賃金台帳(写) 欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行われた月の賃金台帳(写)が必要です。

必要に応じて、別途添付書類の提出をお願いします。

退職後の申請期間は事業主の証明は不要です。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。 >>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 別紙

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	(1)	年	月	日	
	(2)	開始年月日	(2)	年	月	日	
	(3)	(初診日)	(3)	年	月	日	
発病または負傷の年月日	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	年	月	日から	手術年月日	年	月	日
	年	月	日まで				
うち入院期間	年	月	日から	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
年	月	日まで	日間 入院				
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				
※診療実日数が0日の場合 ご記入ください 診療がなく、労務不能と認められた理由を詳しくご記入ください。							
上記の期間中における症状及び治療内容、経過等について							
・ 労務不能期間中の主たる症状							
・ 治療内容、検査結果、療養指導等(詳細に)							
上記の期間中における診療内容について							
・ 通院指示の有無 : <input type="checkbox"/> あり → 指示内容() <input type="checkbox"/> なし → 理由()							
・ 投薬の有無 : <input type="checkbox"/> なし → 理由() <input type="checkbox"/> あり → 患者本人が自ら服薬の調整を行うことを許可していますか <input type="checkbox"/> 許可している <input type="checkbox"/> 許可していない							
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	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"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <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。							
医療機関の所在地							
医療機関の名称							
医師の氏名							
医療機関名等は、ゴム印を押印ください。手書きの場合、確認させていただくことがあります。							

- 記入内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印または医師のサインをご記入ください。
- 内容が詳記されていない場合や記入漏れがある場合、一度書類をお返しの上で追記をお願いすることがあります。
- 内容審査に必要と判断した場合、後日、文書にて照会させていただくことがあります。

傷病手当金申請書記入時の注意点

1. 傷病手当金は給与の代わりに支給されるものです。基本的に1カ月毎に申請してください。
(基本的に月に1回は医療機関を受診してください)
2. 医師の証明は、申請期間経過後に受けてください。
3. 転居や治療の都合で転院する場合は、申請書を分けて作成し、それぞれの病院でそれぞれの医師から証明を受けてください。
4. 記入はボールペン等の黒インク(鉛筆・シャープペンシルでの記入不可)で行ってください。訂正箇所には訂正印を必ず押印してください。
5. 記入漏れ、間違いがないかを確認してから提出してください。記入漏れ、間違い等の不備がある場合、審査は遅れます。
6. 年金等の受給が発生した場合や、受給中の受給金額が改訂された場合はすみやかに当組合までお申出ください。

傷病手当金申請書4枚目『療養担当者記入用』について

「療養担当者が意見を記入するところ」は、担当医師が記載する必要があります。
医師以外の者による医師意見欄の記載は、刑法第159条の私文書偽造等に該当し、その場合、申請書を受理することは出来ません。必ず担当医師に記載いただいて、ご提出ください。

「内容審査」について

健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに数カ月かかる場合があります。
内容審査とは、疾病・負傷やその症状、医療機関への受診(投薬)状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者・前保険者・医師等へ照会させていただき、支給可否について適正に判断を行います。そのため、場合により審査に時間がかかることがあります。

正しい療養について(重要)

傷病手当金の支給は、疾病に対して医療機関での治療・投薬等を受け、療養に専念した上で病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であり、療養に専念されることが必要となります。

- 「療養のため」とは、病気の治癒のための治療を受けることで、適切な医療機関への受診や服薬の管理等が必要です。
- 1カ月に最低1回以上医師の診療を受けてください。1カ月以上も医師の診療を受けない状況は、療養に専念しているとは判断できません。
- 医師が薬による治療を必要として処方箋の交付をしているにもかかわらず、調剤薬局で薬を受け取らない場合や、服薬の用法・用量の指示に従わない場合、療養に専念しているとは判断できません。

医師の通院、服薬等の指示に従わず、正当な理由もなく自己判断で受診や服薬を中断された場合は、傷病手当金が支給されないことがあります。また、支給後に支給要件を満たしていないことが判明した場合は、傷病手当金及び傷病手当金付加給付を返納していただくことがあります。

傷病手当金は、会社を休んで治療の必要があるという医師の意見を参考にして、当組合が認めた場合に支給されるものです。申請書を提出されても、支給が妥当でないと判断した場合は支給されません。