

# 健康保険 傷病手当金同付加金支給申請書 (第 回目)

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

被 保 険 者	① 被保険者証の 記号	② 被保険者 (申請者)の	⑦ 氏 名 <small>(フリガナ)</small>	⑧ 印	
	① 番号		① 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
が	③ 被保険者(申請者) の 現 住 所		〒 ー TEL ( ) ー 携帯 ( ) ー		
記	④ 被保険者が勤務する (していた)事業所の名称		⑤ 仕事の内容 (具体的な職種)		
入	⑥ 被保険者の 資 格	⑦ 取得年月日 昭和 平成 年 月 日	⑦ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額	千円	
す		① 喪失年月日 昭和 平成 年 月 日			
る	⑧ 傷 病 名	1	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
と		2		昭和 平成 年 月 日	
こ		3		昭和 平成 年 月 日	
ろ	⑩ 発病の原因は仕事上 によるものですか。		いいえ・はい	⑪ 第三者行為に よるものですか	いいえ・はい
	⑫ 発病の状態または 負傷の原因を詳しく		※傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、初回申請時のみ負傷原因記入欄 (⑫欄)を記入してください。		
	⑬ 傷病または負傷の療養を するため休んだ期間 (申請期間)		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	
	⑭ ⑬の期間の分の報酬を		現在までに 受けた・受けない	今後 受けられる・受けられない	
	⑮ ⑭で「受けた」または「受けら れる」場合その期間と金額		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	円	
	⑯ 介護保険法のサービスを 受 け た と き	⑦ 保 険 者 番 号	① 被 保 険 者 番 号	⑧ 保 険 者 名 称	
	⑰ 障害厚生年金または障害 手当金を受給していますか。	⑦ ① ⑧			① 受給対象となった傷病名
		いいえ・請求中(平成 年 月 日請求) はい (平成 年 月 日から受給)			
	⑱ 資格喪失された方で、引き続き傷病手当 金を申請する場合、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。		いいえ・請求中(平成 年 月 日請求) はい (平成 年 月 日から受給)		
	⑲ ⑰ 欄または ⑱ 欄で 「はい」の場合記入して ください。	⑦ 種 類	① 基 礎 年 金 番 号	⑧ 年 金 コード	⑨ 年 金 額

社会保険労務士の  
提出代行者印 ⑩

平成 年 月 日提出

受付日付印

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。  
(マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付  
の上、この欄に記載してください。)

次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	平成 年 月 日		
	⑳ 被保険者(申請者)の氏名と印	㊞	
	㉑ 代理人の	㉒ 事業所名称	内
㉓ 氏名		㊞	

被保険者が記入するところ	㉔ 負傷原因記入欄 傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患である場合は、記入または該当するものに○を打ってください。 ※初回申請時のみ記入してください。		
	対象者	傷病名	
	1. 負傷した日時はいつですか。 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃		
	2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇など)・その他( )		
	3. 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他( )		
	4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。		
	5. 第三者の行為による負傷ですか。 いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)		
	6. 現在も治療を受けられていますか。 はい・いいえ(「いいえ」の場合 平成 年 月 治療終了)		

次ページに事業主証明欄・療養担当医師の意見欄があります。

健康保険 傷病手当金同付加金支給申請書

事業主が証明するところ	⑳ 労務に服さなかつた期間		就労の状況 (出勤 - ○・公休 - 公・有給(控除なし) - △・欠勤(控除あり) - /・早退 - ◎で表示してください。)																															
	平成 年 月 日から	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	
	平成 年 月 日まで	年 月																																
	日間	年 月																																
主	㉔ 1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無にかかわらず記入してください。)		基本給・諸手当の支給状況(給料の締切単位で記入してください。)			㉕ 賃金支払方法(欠勤控除・計算方法等)について記入してください。																												
			月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日																													
	基本給 (時間給・日給の場合は単価)	円	( 日分)	円	( 日分)	円	( 日分)	円																										
	手当	円	( )	円	( )	円	( )	円																										
	手当	円	( )	円	( )	円	( )	円																										
	手当	円	( )	円	( )	円	( )	円																										
	手当	円	( )	円	( )	円	( )	円																										
	合計	円	( )	円	( )	円	( )	円																										
と	㉖ 給料の種類	月給・日給	月給・日給	時間給・役員報酬・その他( )	㉗ 給料締切日および支払日	毎月	日締・当月翌月	日払																										
	㉘ 上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
ろ	平成 年 月 日			事業所所在地																														
				事業所名称																														
			事業主氏名																															
			TEL( )																															

備考																															
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

療養を担当した医師が意見を記入するところ	㉙ 患者氏名																															
	㉚ 傷病名	㉛ 発病又は負傷の年月日	㉜ 初診日	㉝ 発病又は負傷の原因																												
	1		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																												
	2		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																												
	3		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																												
	㉞ 労務不能と認められた期間		㉟ 診療実日数 (入院・外来等の合計日数)	㊱ ㉞の期間のうち入院期間		㊲ 入院費用の別																										
	平成 年 月 日から			平成 年 月 日から		健保・公費																										
	平成 年 月 日まで 日間		日間	平成 年 月 日まで 日間		自費・その他																										
	㊳ ㉞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、療養指導等を詳しく)																															
	㊴ 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所見																															
㊵ 人工臓器等を装着(実施)した場合、人工臓器等の種類と装着(実施)日																																
種類	㊶ (1) 人工透析を開始		㊷ (4) 人口膀胱又は尿路変更術を施工		㊸ 装着(実施)日 平成 年 月 日																											
	(2) 人工骨頭又は人工関節を挿入置換		(5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着																													
種類	(3) 人工肛門を造設		(6) その他( )																													
	㊹ 上記のとおり相違ありません。																															
平成 年 月 日			住所(所在地)																													
			医療機関名																													
			氏名																													
			TEL( )																													

## 【記入上の注意事項】

### 被保険者(申請者)記入欄

1. 申請者印(②の㊦欄)および委任者印(⑳欄)は同一のもので鮮明に押印してください。
2. ⑤欄は「営業」・「事務」など仕事の内容を具体的に記入してください。
3. ⑭欄はこの申請書を届け出るときに現在までのことを「受けた」・「受けない」に、また、今後のことを「受けられる」・「受けられない」に分けて○で囲んでください。「受けた」または「受けられる」場合は⑮欄も記入してください。
4. ⑰の㊧欄は申請書を届け出るときに障害厚生年金または障害手当金の受給状況を○で囲み、受給されている場合は⑰の㊨欄を記入し、⑲の各欄を年金証書や年金振込通知書で確認のうえ記入してください。
5. ⑱欄は資格喪失されている場合のみ○で囲み、「はい」の場合は⑲の各欄を年金証書や年金振込通知書で確認のうえ記入してください。
6. 傷病名(⑧欄)が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、初回申請時のみ負傷原因記入欄(㉑欄)を記入してください。
7. 字句を訂正する場合は誤った字句を抹消して申請者印(②の㊦欄)を押印し、そのうえで正しい字句を記入してください。

### 事業主記入欄

1. ㉓～㉗の各欄は、出勤簿・賃金台帳・就業規則・給与規程などに基づき正確に記入してください。

### 療養担当医師の意見欄

1. ㉙欄は㉜欄で記入した期間での入院・外来などの合計の診療実日数を記入してください。
2. ㉚欄および㉛欄は㉜欄で記入した期間内に入院の履歴がある場合に記入してください。
3. ㉞の㊩欄は(1)～(5)のうち該当するものを○で囲み、㊪欄を記入してください。

## 【添付書類】

### 被保険者(申請者)

1. 申請期間に対し1ヶ月当りの診療実日数が1日以下の場合は「日常生活等申立書」
2. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは「第三者の行為による傷病届」
3. 障害年金または障害手当金を受給しているときは「年金証書」の写しと直近の「年金振込通知書」の写し
4. 資格を喪失した後も引き続き申請する場合は、第1回に限り、雇用保険受給期間延長通知書の写し
5. 資格喪失された方で老齢または退職を事由とする公的年金を受給しているときは「年金証書」の写しと直近の「年金振込通知書」の写し
6. 被保険者の方が亡くなられ、被扶養者でないご家族の方が申請する場合、被保険者の方との続柄がわかる「除籍謄本」の写し等
7. 療養担当医師の意見欄が外国語で記入されているときは翻訳者の住所・氏名を明記した「翻訳文」

### 事業主

1. 被保険者が役員であるときは、休職期間中の報酬支払に関する役員会などの「議事録」の写し、または「申立書」

## 日常生活等申立書

※請求期間に対し1ヶ月当りの診療実日数が1日以下の場合、記入・押印してください。

1. 請求期間中どのようにお過ごしでしたか、次に該当する項目の番号を○で囲んでください。

- (1) 普通の日常生活ができた。
- (2) 時々散歩に出るくらいで、ほとんど家の中にいた。
- (3) 身のまわりのことはできたが、一日中家の中にいた。
- (4) 身のまわりのことはかろうじてできたが、一日中寝ていた。
- (5) 身のまわりのことも、家人の手助けが必要で、一日中寝ていた。
- (6) その他 ( )

2. 請求期間中における自宅療養の方法と自覚症状について詳しく記入してください。

3. 請求期間中に主治医から療養上、どのような指示を受けられたか記入してください。

4. 請求書に証明を受けた医療機関以外で受診されたときは、その医療機関の名称と通院日数を記入してください。

医療機関名称

通院日数 日

5. 術後の静養期間であるときは、手術された日・手術の内容等について記入してください。

手術された日 平成 年 月 日

手術の内容等

6. 現在の体調及びいつ頃から職場に復帰できそうか記入してください。

名古屋薬業健康保険組合 御中

平成 年 月 日

記号 番号

被保険者の 住所

氏名

㊟