

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。

① 被保険者等	㉞ 記号		② 被保険者 (申請者)の	㉞ 氏名	(フリガナ)
	① 番号			① 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
③ 被保険者(申請者) の 現 住 所		〒 —	TEL () — 携帯 () —		
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)		
⑥ 傷 病 名	1		⑦ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	
	2			年 月 日	
	3			年 月 日	
⑧ 発病の原因は仕事上 によるものですか。		は い ・ い い え		⑨ 第三者行為に よるものですか	
⑩ 発病の状態または 負傷の原因を詳しく		<small>※傷病名が外傷性のも(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。</small>			
⑪ 傷病または負傷の療養を するため休んだ期間 (申請期間)		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
⑫ ⑪の期間の分の報酬を受けましたか。			は い ・ い い え		
⑬ ⑫欄で「はい」の場合記入してください。 受けた報酬は事業主証明欄に記入 されている内容のとおりですか。			は い ・ い い え		
⑭ 障害厚生年金または障害 手当金を受給していますか。		㉞ は い (年 月 日から受給) い い え ・ 請 求 中 (年 月 日 請求)		① 受給対象となった傷病名	
⑮ 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。		は い (年 月 日から受給) い い え ・ 請 求 中 (年 月 日 請求)			
⑯ ⑭欄または⑮欄で 「はい」の場合記入して ください。		㉞ 種類	① 基礎年金番号	㉞ 年金コード	① 年 金 額
⑰ 労災保険から休業補償給付を 受けていますか。(又は、過去に 受けたことがありますか。)		は い ・ 労 災 請 求 中 (年 月 日 請求) い い え			
⑱ ⑰欄で「はい・労災請求中」 の場合記入してください。		支 給 元 (請 求 先) の 労 働 基 準 監 督 署 労働基準監督署			

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

年 月 日 提出
受付日付印

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。 年 月 日		
	⑱ 被保険者(申請者)の氏名		
	⑳ 代理人の	㉞ 事業所名称	内
㉟ 氏名			

被保険者が記入するところ	㉑ 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。 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. 現在も治療を受けていますか。 はい・いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)		

被保険者等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、この欄に記載してください。)

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

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	② 労務に服さなかった期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間		就労の状況 (出勤 ○ ・ 有給 (控除なし) △ ・ 欠勤 (控除あり) / ・ 早退 ◎ で表示してください。)																																
			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																																
			年 月 年 月 年 月 年 月																																
			年 月 年 月																																
	③ 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。)																												④ 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 (日分)									月 日 ~ 月 日 (日分)									月 日 ~ 月 日 (日分)														
			基本給		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円					円	
			手当		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円					円	
			手当		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円					円	
			合計		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円					円	
⑤ 給料の種類		月給・日給 月給・日給・時間給・役員報酬・その他()										⑥ 給料締切日および支払日		毎月		日締・当月翌月		日払																	
⑦ 上記のとおり相違ないことを証明します。 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	⑧ 患者氏名																																	
	⑨ 傷病名		⑩ 発病又は負傷の年月日								⑪ 初診日								⑫ 発病又は負傷の原因															
	1		年 月 日								年 月 日																							
	2		年 月 日								年 月 日																							
	3		年 月 日								年 月 日																							
	⑬ 労務不能と認めた期間										⑭ 診療実日数 (入院・外来等の合計日数)								⑮ ⑬の期間のうち入院期間								⑯ 入院費用の別							
	年 月 日から 年 月 日まで 日間										日 日間								年 月 日から 年 月 日まで 日間								健保・公費 自費・その他							
	⑰ ⑬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)																																	
	⑱ 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																																	
	⑲ 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																																	
⑲ (1) 人工透析を開始 (4) 人口膀胱又は尿路変更術を施工 (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 (3) 人工肛門を造設 (6) その他()															⑲ 装着(実施)日 年 月 日																			
⑳ 上記のとおり相違ありません。																																		
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. 被保険者等記号・番号(①欄)は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。
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の⑦欄は申請書を届け出るときの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⑭の①欄を記入し、⑯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。
4. ⑮欄は資格喪失されている場合のみ○で囲み、「はい」の場合は⑯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. 傷病名(⑥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(⑳欄)を記入してください。
6. 字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、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. ㉒～㉔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. ㉔欄は㉓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. ㉕欄および㉖欄は㉓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. ㉗の⑦欄は(1)～(5)のうち該当するものを○で囲み、①欄を記入してください。

【添付書類】

被保険者(申請者)

1. 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」
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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」
7. 労災保険から休業補償給付を受けているときは、「休業補償給付支給決定通知書」の写し
8. 急性疾病の方以外で、資格取得日から1年未満の初回申請の方は「調査書・同意書」

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」