

記入例

傷病手当

業務外のケガや病気の療養のために仕事に就けず、療養担当医師が労務不能と認め、給与が受けられないときに連続して3日以上休んだ場合、次の4日目から支給されます。

健康保険証を見て正確にご記入ください

この部分には記入しないでください。

添付書類

・申請期間の出勤簿(写)

・賃金台帳(写) 他

*内容によっては別途添付書類が必要になる場合があります。

⑫の第三者行為とは…

誰か他の人の行為によって外傷を負ったかという事です。

該当する項目に○を付けてください

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

記入に際しては別紙「傷病手当金記入上の注意」をよく読んで渡れなく記入して下さい。
※支給決定書については別紙に掲載してあります。
添付書類等については別紙に掲載してあります。
◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

① 被保険者証 記号・番号	② 生 年 月 日	③ 性 別	④ 被 保 険 者 (申請者) の氏名	(フリガナ) ホウドウ タロウ 報道 太郎
1 2 3 - 4 5 6 7 昭平令	50 年 12 月 1 日	男・女		
⑤ 被 保 険 者 (申請者) の住所	(フリガナ) カナガワケン ○○シ ○○マチ 〒△△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町 △-△△・△△ 電話 △△△ (△△△) △△△			
⑥ 事 業 所 名 称	⑦ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額			
(勤務先の名称) ○○○株式会社	410 千円			
⑧ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	⑨ あなたのしていた仕事の内容	⑩ 傷病名		
昭平令 □□年 4 月 1 日	あなたのしていた仕事の内容 (なるべく詳しく) 例 新聞記者 経理事務 等	1) 左大腿部骨折 2) 右足首捻挫 3)		
⑪ 発病の状態または負傷の原因を詳しく	⑫ 第三者行為によるものですか			
(いつ頃、どんな状態で負傷したかをご記入ください) 例 令和△△年8月30日早朝、自宅階段で転倒し骨折。	0) いいえ・1:はい			
⑬ 自宅療養のときは生活状況を詳しく	(なるべく詳しくご記入ください) 例 退院後は医師の指示に従い、自宅で安静にして療養している。			
⑭ 療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 △△ 年 9 月 1 日 から	令和 △△ 年 9 月 30 日 まで	30 日間	
⑮ 上記期間に報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬の額及びその期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	円 円	
⑯ 労災保険からの休業補償給付についてご記入ください。	「請求中」もしくは「はい」の方は、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。			
いいえ ← 請求中 ・ はい	労働基準監督署			
⑰ 障害厚生年金又は障害手当金についてご記入ください。	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名			
いいえ ← 請求中 ・ はい	基礎年金番号			
⑱ 上の⑰の欄で「はい」の方は、右欄を記入してください。	年金コード	支給開始年月日	年 金 額	
第1回目の請求期間の初日が⑧被保険者の資格を取得した年月日1年未満の申請者は、下記の内容にご記入・ご捺印ください!				
保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	保 険 者 名 称		

被保険者(申請者)が記入するところ

⑫⑬⑭は、該当する項目に○を付けてください。

****第1回目の請求期間の初日が被保険者資格取得より1年未満の場合は下記の内容にご記入・ご捺印ください****

傷病手当金の支給決定に際し、以前加入していた被保険者(健康保険組合等)が東京都報道事業健康保険組合に「健康保険の被保険者期間(任意継続を含む)」「傷病手当金受給履歴」についての情報提供することに同意いたします。

令和 △△ 年 10 月 20 日 被保険者氏名 **報道 太郎**

以前に勤務していた事業所	名称	△△株式会社	以前に加入していた健康保険	名称	・ (○○△△) 健康保険組合 ・ 全国健康保険協会 () 支部
	所在地	〒△△△-△△△△ 東京都中央区△△ ○-□□-△		名称	・ () 共済組合 ・ () 市区町村 国民健康保険
	勤務していた期間	□□年 4 月 1 日 ~ △△年 3 月 31 日		名称	・ () 国民健康保険組合
記号・番号		△△△ - □□□□			

令和 △△ 年 10 月 22 日 提出

受付日付印

(事業主証明欄)

記入例

該当する項目に○を付けてください。

事業主が証明するところ	②① 労務に服さなかった期間	令和 <input checked="" type="radio"/> △△年 9 月 1 日から 30 日間	令和 <input checked="" type="radio"/> △△年 9 月 30 日まで	
	②② 報酬の締切日支払日	25 日締切	(当月・翌月) 末 日払い	
	②⑤ ⑦ うえの期間中の分として支払う報酬関係	⑦ 全額支給した、または支給する場合	令和 年 月 日から 金 円	日額 金 円
		⑧ 一部支給した、または支給する場合	令和 年 月 日から 金 円	日額 金 円
		⑨ 交通費の支払有 / <input checked="" type="radio"/> 無	令和 年 月 日から 金 円	日額 金 円
④ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨	現在までもまた将来も支給しない			
②⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 10 月 21 日			
	事業所所在地	東京都千代田区〇〇△-△△-△ 〇〇ビル		
	事業所名称	〇〇〇株式会社		
	事業主氏名	代表取締役 〇〇〇 〇〇		
	電話	△△ (△△△) △△△△ 番		

療養担当者が意見を書くところ	患者氏名				
	傷病名	(1)	②⑦ 療養の給付開始年月日 (初診日)		
		(2)	(1) 年 月 日		
		(3)	(2) 年 月 日		
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日 発病負傷	発病または負傷の原因		
	②⑧ ②⑧のうち入院期間	年 月 日から 日間	療養費用の別	健保 自費 公費 () その他	
	診療実日数	診療日を○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	転 帰	治ゆ 繰越 中止 転医
			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		
	③⑩ ②⑧の期間中における「	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
症状経過からみて従	医療機関で証明を受けてください。				
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類	昭和・平成・令和 年 月 日			
	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー				
	オ. 人工透析 カ. その他()				
上記のとおり相違ありません。 医療機関所在地					
	令和 年 月 日	医療機関の名称			
		医師の氏名			
		電話 ()			

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。			令和 △△ 年 10 月 21 日
	被保険者 (申請者)	住所	神奈川県〇〇市〇〇町 △-△△-△△	
		氏名	報道 太郎	
	代理人 (事業主)	住所	東京都千代田区〇〇△-△△-△ 〇〇ビル	
		事業所名	〇〇〇株式会社	
	氏名	代表取締役 〇〇〇 〇〇		
		事業主(勤務先) 記入		