

健康保険

傷病手当金支給申請書 (第 回)

被保険者(請求者)が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号		② 事業所名			
	③ 傷病名			④ 役員で	ある・ない	
				⑤ 業務の種類		
	⑥ 発病または負傷の原因・状況 (なるべくくわしく)	いつ(発生日時) 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃			⑦ 第三者行為によるものですか  ・ はい ・ いいえ	
		どこで(場所)				
		なにをしながら				
		どのようにして負傷したか				
	発病または負傷の原因は次の区分のうちいつですか			私用・通勤の行き帰り・仕事中		
	⑧ 障害厚生年金・障害手当金受給の有無	有・無・請求中	有・請求中の場合はその傷病名	傷病名		
	⑨ 労働者災害補償保険の休業補償受給の有無	有・無・請求中	有・請求中の場合は請求先の労働基準監督署名称	労働基準監督署		
⑩ 任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方で老齢又は退職を事由とする公的年金の有無	有・無・請求中	⑪ 受給開始	年 月			
⑫ 病気または、けがのため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間				
⑬ 上記の期間内で報酬を受けた期間と金額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	円				
上記のとおり申請します。 ⑭ 被保険者の住所 〒 - (申請者) 令和 年 月 日 氏名 近畿電子産業健康保険組合殿 電話 -						

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑯ 給料の締日と支払日	日締 日払																											
	⑰ 就労(出勤)状況を 出勤は○、有給休暇は△、欠勤は／、公休は公 でそれぞれ表示してください。																															
	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
	⑱ 上記の期間に対する給与の支払いについて	1.全額支給した 2.一部支給した 3.全額支給する 4.一部支給する 5.現在までも、また将来も支給しない																														
	⑲ 給与の全部(一部)を支給した(する)ときは、その期間および金額を記入してください。																															
	基本給	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円	※この欄は、記入しないでください。 ⑳ 給与の種類 (○で囲んでください) 月 給 日 給 時 間 給 そ の 他																											
	通勤手当	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円																												
	家族手当	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円																												
	役付手当	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円																												
	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円																													
	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円																													
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				㉑ 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名 電 話 -																												
				㉒ ご担当者氏名																												

患者名									
②③ 傷病名	1.	②④ 診療開始 年月日	1.	平成 令和	年月日	②⑤ 発病または 負傷の年月日	平成 令和	年月日	
	2.		2.	平成 令和	年月日	②⑥ 発病または負傷の原因			
	3.		3.	平成 令和	年月日				
②⑦ 労務不能と認めた期間						②⑧ 左記の期間中の診療実日数		日間	
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						②⑨ 左記の期間中の診療最終日		月 日	
③⑩ ②⑦のうち入院期間						③⑪ 労務可能見込年月日		令和 年 月 日頃	
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						③⑬ 該当する事項に○のうえ、その年月日を記入してください。			
③⑫ 上記労務不能と認めた期間中における傷病の主症状および経過の概要・その他参考意見 (くわしく記入してください。)								1. 人工透析	開始
療養を担当した医師が意見を書くところ						2.	人工肛門	造設	年月日
						3.	心臓ペースメーカー・人工弁	装着	年月日
						4.	人工関節・人工骨頭	挿入 置換	年月日
						5.	人工膀胱・尿路変更	手術	年月日
						上記のとおり相違ありません。			
令和 年 月 日						医療機関の名称			
						担当医師氏名			
						電 話		- -	

委 任 状

上記保険給付金の受領を所属事業所担当者 ..... に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 .....

## (記入する時の注意事項)

### 被保険者記入欄

- ④欄は該当する文字を○で囲んでください。
- ⑤欄は従事していた業務の種類を「経理担当事務」、「店頭販売」、「システムエンジニア」などのように具体的に記入してください。
- ⑦欄は交通事故などの第三者の行為によるときは、「はい」に○をつけてください。  
その際は、「第三者行為用の負傷届」の提出が必要です。  
事業所ご担当者または、当健康保険組合にお尋ねください。
- ⑧欄は障害厚生年金を受給または請求中の方は該当する文字に○をつけ、  
受給対象となった傷病名を記入してください。受給しておられない方は⑧欄は「無」に○をつけてください。  
⑨欄は労働者災害補償保険から休業補償を受給または請求中の方は該当する文字に○をつけ、  
請求先の労働基準監督署名称を記入してください。受給しておられない方は⑨欄は「無」に○をつけてください。
- 任意継続被保険者及び資格喪失者の方は、⑩欄に老齢または退職を支給事由とする公的年金の受給の有無をご記入ください。また、受給中の方は⑪欄の受給開始年月をご記入ください。
- 被保険者が死亡したことにより相続権者が請求する場合は、⑭欄は相続権者の住所氏名を記入し、被保険者名は⑬欄の空きスペースに記入してください。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。  
なお、被保険者が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

### 事業主記入欄

- ⑮～⑳欄の就労(出勤)状況および給与支払状況欄は、出勤簿、賃金台帳から転記してください。
- ⑱、⑲欄の給与支払状況欄は、将来支給するもの(通勤、家族、役付、住宅手当などの固定的賃金)は支払日が到来していなくても、記入してください。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。  
なお、事業主が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

### 療養担当医師記入欄

- ㉒欄の傷病名が複数あるときは、1から順に主たる傷病名から記入してください。
- ㉒欄は健康保険で診療が開始された日(初診日)を記入してください。
- ㉒欄の「労務不能と認めた期間」は、患者が休んだ期間に関わらず、療養担当医師のお立場で療養のため労務不能であったと認められた期間を記入してください。また、この期間は証明日以前の期間のみに限ります。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。  
なお、療養担当医師が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

### 添付書類について

- 障害厚生年金・障害手当金を受給中の方は、年金額を証明できる年金証書の写しおよび支払通知書等の写しを添付してください。
- 労働者災害補償保険法に基づく休業補償を受給中の方は、支給決定通知書の写しを添付してください。
- 任意継続被保険者及び資格喪失者の方のうち、老齢または退職を支給事由とする公的年金を受給中の方は、年金額を証明できる年金証書の写しおよび支払通知書等の写しを添付してください。
- 被保険者が死亡したことにより、相続権者が請求する場合は、続柄を確認できる戸籍謄本(除籍謄本)または戸籍抄本を添付してください。

