

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

傷

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (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。		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)		

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	
添付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付
	年金	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	労災	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付
	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他 (理由)
6 0 1 1 1 1 0 1		枚数	<input type="text"/>

受付日付印

(2022.10)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>																				
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。																					
労務不能と認めた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	から													
	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	まで													
傷病名 (労務不能と認めた傷病をご記入ください)								初診日 (療養の給付の開始年月日)	<input type="checkbox"/>	1.平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日					
								<input type="checkbox"/>	2.令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日						
発病または負傷の原因																					
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1.平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日													
	<input type="checkbox"/>	2.令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日													
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/>	1.はい																			
	<input type="checkbox"/>	2.いいえ																			
療養担当者が意見を記入するところ	上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																				
上記のとおり相違ないことを証明します。															令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
医療機関の所在地																					
医療機関の名称																					
医師の氏名																					
電話番号																					

6 0 1 4 1 1 0 1