

請求の都度、賃金台帳及び出勤簿の写しを添付してください。

また、外傷性疾病のときは、第1回目のみ負傷原因届を添付してください。

(共通する注意)

- 訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押印した印と同じ印（①から⑭までの訂正箇所には④の印、⑰から⑳までの訂正箇所には㉒の印、㉓から㉕までの訂正箇所には㉔の印）を訂正印として押してください。
- 印をハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。
- ⑬、⑰、㉗および㉘の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。例えば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。

(被保険者の注意事項)

健康保険 傷病手当金支給申請書 ① (第 回目)

6. 5. 4. ②および⑧は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑦は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などを見れば分かります。

⑨は、「自動車運転手」、「事務員」などと具体的に記載してください。

⑭の⑮は、該当する文字を○で囲んでください。なお、請求書を提出するときは現在にいたるまでの報酬については「受けた」、「受けたい」に、将来の報酬については「今後受ける」、「今後も受けたい」に、それぞれ○で囲んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②被保険者証の記号と番号	—		③被保険者の(申請者)氏名と押印	④ 印	
	⑤被保険者の現住所と電話番号	電話 ()				
	⑥事業所の名称			⑦被保険者の標準報酬月額	千円	
	⑧被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成	年 月 日	⑨被保険者の業務の種類		
	⑩発病または負傷の年月日	平成	年 月 日	⑪傷病名		
	⑫発病の状態または負傷の原因を詳しく					
	⑬疾病または負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間)	平成	年 月 日 から	平成	年 月 日 まで	日間
	⑭ ④うへの⑬に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた・受けない・今後受ける・今後も受けない				
	⑯報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成	年 月 日から	平成	年 月 日まで	円

(該当条文法第九十九条)

(規則第八十四条)

11.10.9. 8. 7. ⑭の欄は、「いつ(平成〇年〇月〇日午前〇時)どこで(自宅の庭で、何を(薪を)、どうしているときに(割っているときに)、何が(薪の破片が)、どういふふうになつて(自分の方に飛んでき)、どこを(顔を)、どうした(裂傷した)というように、詳しく記載してください。

傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病(死)届」をこの申請書に添付してください。

給付金の受領方を他人に委任する場合は、それぞれの該当欄に記入押印してください。

委任する場合、⑯の印は④の印と同じ印を押してください。

個人番号で請求する場合は、備考欄に個人番号を記入してください。

委 任 状	本請求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				
	⑮被保険者(申請者)住所氏名				⑰ 印
⑰代理人住所氏名				⑱ 印	

平成 年 月 日 提出

《備考欄》

受付日付印

事業主が記入するところ	⑱ 労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間
	⑳ うえの期間中 の分として支払う報酬関係	㉑ 全額支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	金 円 (月 日 支払) (日額 金 円)
		㉒ 一部支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	金 円 (月 日 支払) (日額 金 円)
		㉓ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨			
うえのとおり相違ないことを証明します。			平成 年 月 日	⑳	㉔
⑳ 事業主 住所 氏名					㉕
			電話 ()		

【事業主の注意事項】
 15.14.13. 12.
 ㉑の「全額支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全額または一部の意味です。
 ㉒の㉑と㉓にわたるときは、両欄のそれぞれに事柄を記載してください。
 ㉓の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載してください。
 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉓ 傷病名	(1)	㉔ 療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成 年 月 日	
		(2)		(2) 平成 年 月 日	
		(3)		(3) 平成 年 月 日	
	㉕ 発病または負傷の原因			㉖ 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日
	㉗ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	
	㉘ ㉗の期間のうち入院期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	療養費用の別	健保・自費・公費・その他
				転帰	治癒・繰越・中止・転医
	㉙ ㉗の期間中の診療実日数	日	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
			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	
	㉚ (1) ㉗の期間中における主たる症状及び経過(治療内容、検査結果、療養指導など)				
(2) 症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見					
(3) (診療実日数0日間の場合のみ記入) 診療なしで療養のため労務不能と認められた医学的な所見を詳しく					
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日		昭和・平成 年 月 日		
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 人工透析カ. 心臓ペースメーカー キ. その他 ()			
うえのとおり相違ありません。			平成 年 月 日		
㉛ 医師	住所(所在地)				
	医療機関名				
	氏名		㉜	㉝ 電話 ()	

【医師の注意事項】
 17. 16.
 ㉗の欄には、治療期間ではなく療養のために労務不能だったと認められる期間を記載してください。
 また、記載する期間是最長でも証明日以前までにしてください。
 ㉘の欄は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術をした場合は手術の名称や手術年月日を、また、診療実日数0日間で労務不能と認められた場合はその理由が分かるように記載してください。

事業所 担当者印

社会保険労務士の提出代行者印	㉞
----------------	---

