

傷病手当金支給申請書
(第 回)

注(1):①～⑩は被保険者(申請者)が記入するところです。①～⑩全ての項目に記入が必要です。
注(2):⑭の医師の印は不要です。
注(3):初回申請時は、別紙『同意書』と『健康保険資格取得・喪失日および給付金受給状況確認書』の添付が必要です。

①	被保険者 記号・番号	-	②	申請者 氏 名		③	生年 月日 年齢	昭和 平成	年	月	日	歳	
④	事業所名 (会社名)		⑤	申請者の 業務内容		⑥	資 格 取得日	昭 平 令	年	月	日		
⑦	傷病名							⑧	発病又は 負傷の 年月日	令 和	年	月	日
⑨	発病又は 負傷の 原因 (該当に○)	・業務外での傷病 ・業務上での傷病 ・通勤途中での傷病		原因を詳しく				⑩	労働災害又は 通勤災害の認定を 受けていますか (該当に○)		・はい ・請求中 ・請求予定 ・請求しない		
労災保険給付に該当するかどうか分からない場合は、労基署に相談してください。労災保険給付の支給が決定された場合は、傷病手当金との調整対象になります。													
⑪	療養のために 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間						⑫	第三者行為に よるものですか (該当に○)		・はい ・いいえ		
⑬	療養のために 休んだ期間 の傷病又は 負傷の状態 (詳しく)	症 状											
		医師から の指示											
⑭	障害基礎年金 又 は 障害厚生年金等 について (該当に○)	受給資格 無し ・ 受給中 (年 月受給開始) ・ 請求中 (年 月頃申請) ・ 未請求											
		「障害基礎年金」「障害厚生年金」等を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。											
	⑭で受給中・請求中 に○をされた場合、 受給の要因と なった傷病名		基礎 年金 番号	-		年金額 (年額)		円					
⑮	老齢基礎年金 および 老齢厚生年金 について (該当に○)	受給資格 無し ・ 受給中 (年 月受給開始) ・ 請求中 (年 月頃申請) ・ 未請求											
		「老齢基礎年金」「老齢厚生年金」を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。											
	基礎年金番号	-				年金額(年額)		円					
⑯	傷病手当金の 振 込 先 (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合		支店 出張所 営業部		普 通 ・ 当 座	口座番号	ﾌﾘｶﾞﾅ					
							口座 名義						
⑰	ユアサ健康保険組合理事長 殿 上記の通り申請します。												
	住所 被保険者の 氏名 TEL ☐ 本申請書の提出を事業主(会社)へ委任します。(委任する場合は☑)												

健 保 組 合 記 入 欄	支 給 決定額	円	資 格 喪失日	令和 年 月 日	健保組合確認印	健保組合受付印
	備 考					

傷病手当金支給申請書

R8改定 2/2
事業主・医師記入

(第 回)

申請者が記入するところ		⑱ 被保険者 記号・番号	-										⑲	申請者氏名																		
事業主が証明するところ	⑳	労務に服さ なかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間																													
	㉑	上 記 期間中 の報酬	令和 年 月 日 ~										㉒	復 職 状 況	(1) 未定 予定 (2) 年 月 日 復職 済 (3) その他()																	
			令和 年 月 日 ~												㉓	労災	(1) 非該当 (2) 該当 (3) その他()															
			令和 年 月 日 ~														㉔	担当者														
	・通勤手当を支給している場合は、支給している月から㉑までの期間、また調整している場合はその月 までの賃金台帳を添付してください。 ・欠勤控除をしている場合は、賃金台帳に支給額の算出式を記入してください。次月等で調整している 場合は、その月の賃金台帳も添付してください。																															
	㉕	証明日 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主経由で提出する場合、申請者が事業主に委任していることを確認しました。 所在地 名 称 事業主名 TEL																														
療養を担当した医師が意見を 書くところ (押印不要)	㉖	労務不能と 認めた 主たる傷病 名	(1)										㉗	療養の 給付を 開始した 年月日 (初診日)	(1) 年 月 日																	
			(2)												(2) 年 月 日																	
			(3)												(3) 年 月 日																	
	㉘	発病又は 負傷の原因																														
	㉙	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間																													
	㉚	診療日数 および 診療日 (診療日に○)	月 日間 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 日間 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 日間 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																													
			主たる症状と経過、および治療内容、検査結果、療養指導 等 労務不能と認められた医学的な所見 等																													
			(詳しく)																													
	㉛	上記期間中 に入院期間 がある場合 はその期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間										㉜	療養の 費用区分 (該当に○)	健保組合・自費・ 公費・その他																	
	㉝	証明日 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 住所(所在地) 医師の 医療機関名 氏 名 TEL																														

※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください