

(見本)

R8改定 1/2
申請者記入

傷病手当金支給申請書

(第 XX 回目)

注(1):①～⑯は被保険者(申請者)が記入するところです。①～⑯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	XXXX-XXXX	②	申請者 氏名	OO OO	③	生年 月日 年齢	昭和 平成	XX 年 XX 月 XX 日 XX 歳
④	事業所名 (会社名)	OOO株式会社	⑤	申請者の 業務内容	営業	⑥	資格 取得日	昭 平 令	XX 年 XX 月 XX 日
⑦	傷病名	大腿骨骨折					⑧	発病又は 負傷の 年月日	令和 X 年 XX 月 XX 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 休日に自治体のマラソン大会に参加した際、 滑って転倒し、右大腿骨を骨折した。					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 X 年 X 月 X 日 ~ 令和 X 年 X 月 X 日 XX 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	ボルトを入れる接合手術を受けた。						
		医師から の指示	歩行訓練するよう指示を受けた。						
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							
		「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	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							
		「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。							
⑮	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)	000	銀行 金庫 組合	000	支店 出張所 営業部	普通 ・ 当座	口座番号	71ガナ	△△△△
							XXXXXX	口座 名義	0000
⑰	ユアサ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。	〒 XXX-XXXX					記入日 令和 年 月 日		
		住所	OO県OO市OOXX-XX						
⑰	被保険者の 氏名	OO OO					印		
		TEL	XX-XXXX-XXXX						
☐ 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 XX 回目)

申請者が記入するところ		⑱ 記号-番号	XXXX - XXXX		⑲	申請者氏名		OO OO																																												
事業主が証明するところ	⑳	労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間																																																	
	㉑	上 記 期間中 の報酬	年 月 日 ~				円				㉒	復職状況	(1) 未定 (2) 年 月 日復職 予定済 (3) その他()																																							
			年 月 日 ~				円						㉓	労災	(1) 非該当 (2) 該当 (3) その他()																																					
			・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。																㉔	担当者																																
			㉕	証明日 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 (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	年 月 日 ~ 年 月 日 日間																																																	
	㉚	診療日数および診療日 (診療日に○)	<table border="1"> <tr> <td>月 日間</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>																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																																	
	<table border="1"> <tr> <td>月 日間</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>																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																																																				
㉛	上記期間中に入院期間がある場合はその期間	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 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