

(注) 傷病手当金は、療養中の生活の安定を図るために支給される保険給付ですので、1か月毎に申請してください。  
※療養担当者が意見を記入する「診療実日数」欄は、2か月分まで記入できます。  
・期間例: 7月1日～31日、7月10日～8月9日など

【記入例】 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

太枠線内は、すべて記入してください。

記号・番号	1234 - 1234567	事業所名	(株)〇〇 △△支店
氏名	明治 太郎	生年月日	昭和〇〇年 3月 3日 平成
傷病名	〇〇骨折		
発生時の状況 (具体的に)	①休日に、グラウンドで野球をしている時に転んで肩をぶつけた。 ※「不明」等とは記入せず、療養の原因となったことを具体的に記入してください。 例: 人間ドックの再検査で病気が見つかった 等		
負傷は、第三者行為によるのですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届を提出して下さい。		
療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 〇〇年 5月 1日から 令和 〇〇年 6月 30日まで	61日間	発病又は負傷日 (診療開始の日) 令和 〇〇年 4月 30日
被保険者の仕事の内容 (任継者は退職前の仕事内容)	経理事務 <b>注意</b>		
被保険者が記入するところ	上記の療養のため休んだ期間 (申請期間)の報酬を受けましたか又は受けられますか。いずれかを○で囲んで下さい。 報酬を受けた(受けられる)時はその報酬の額と支払の基礎となった(なる)期間をご記入下さい。		
	<input checked="" type="radio"/> 受けた(受けられる) ・ 令和 〇〇年 5月 1日～令和 〇〇年 5月 31日迄 300,000円	<input type="radio"/> 受けない	
	公的年金の受給状況について、次の①②のそれぞれに該当するものを○で囲んで下さい。		
	①「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ はい・請求中	
②老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。(資格喪失及び任意継続の方のみ)	<input checked="" type="radio"/> いいえ はい・請求中		
上記①で「はい」「請求中」とお答えの場合は、その受給の原因となった傷病名			
上記①又は②で「はい」「請求中」とお答えの場合は、次の各項目をご記入下さい。 ※直近の年金額等が分かる「年金証書(写)」及び「年金額改定通知書・年金振込通知書(写)」を、支給額等に変更があった場合は「支給額変更通知書(写)」も添付してください。			
基礎年金番号	年金コード	支給開始日	年金額
		平成・令和 年 月 日	円
今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。いずれかを○で囲んで下さい。 尚、「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。			
<input checked="" type="radio"/> いいえ はい・労災請求中	労働基準監督署		
介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。			
令和 〇〇年 7月 5日			
<b>注意</b>			
〒 〇〇〇-〇〇〇〇		東京都〇〇区〇〇 △-△-△	
被保険者 住所		氏名 明治 太郎	
(申請者)		明治グループ健康保険組合理事長 殿	

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。  
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

**注意**

【被保険者・療養担当者・事業主(代理人)の申請・証明期間について】

- ① 労務不能による療養のため3日間連続で休業した場合に待機期間が完了します。従って、支給開始日は、休業してから4日目以降となります。
- ② 支給対象期間は、被保険者・療養担当者及び事業主(代理人)3者の申請及び証明された期間です。
- ③ 申請日、意見記入日及び証明日は、必ず、労務不能期間以後に日付を記入して申請してください。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	明治 太郎		
	労務不能と認める傷病名 (関連疾病を含む)	発病又は負傷の日	療養の給付開始日 (初診日)	発病又は負傷の原因
	〇〇骨折	令和〇〇年4月30日	令和〇〇年4月30日	左肩部強打
	<b>注意</b>	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	令和〇〇年5月1日から 令和〇〇年6月30日から	61 日間	療養費別の別 (健保) 自費 公費( ) その他
	上記のうち入院した期間	令和〇〇年5月1日から 令和〇〇年5月10日から	10 日間 入院	転帰 治癒 (継続) 中止 転医
	診療実日数 15 日間	診療日に○	5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 6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	
	傷病の主症状及び経過の概要 (労務不能と認めた意見等を詳細に記入願います)	鎖骨を骨折し、4月30日初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 固定するまで安静が必要で、その後リハビリが必要なため、労務不能と判断した。		
	手術を行ったとき、又は人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき	手術名	手術日又は装着等実施日	令和 年 月 日
		人工臓器等の種類	1. 人工透析 2. 人工関節 3. 人工骨頭 4. 心臓ペースメーカー 5. 人工肛門 6. その他( )	
事業主(代理人)が証明するところ	療養のため労務に服しなかった期間	令和〇〇年5月1日から 令和〇〇年6月30日から	61 日間	現在の状況 欠勤中・(出勤)・退職 7月15日現在(予定)
	上記の期間中において報酬の全部又は一部を支給するときは、その期間と報酬額	令和〇〇年5月1日から 令和 年 月 日から	令和〇〇年5月31日まで 令和 年 月 日まで	31 日間 日間
		計 有給 31 日 ・ 出勤 0 日	支払報酬額	300,000 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。	*上記について、報酬額計算表より転記して下さい。		
	令和〇〇年7月15日	事業所所在地	東京都中央区京橋〇-〇-〇	
<b>注意</b>		事業所名称	(株)〇〇	
		事業主(代理人)名	〇〇 〇〇 (公印)	

**【添付書類】**

事業主は、第1回申請時及び途中で年休発生・出勤等により報酬を支払った時には、次の書類を全て添付して下さい。

- ① 報酬額計算表
- ② 出勤簿等の勤怠を確認出来る書類の写し(申請期間前1か月～申請期間分)

/ 健保受付印 \

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者