（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

健康保険　傷病手当金支給申請書　（第　　回）

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	－	事業所名	
氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
傷病名			
発生時の状況（具体的に）			
負傷は、第三者行為によるのもですか	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　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	発病又は負傷日（診療開始の日） 令和　年　月　日	
被保険者の仕事の内容（任継者は退職前の仕事内容）			

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。

受けた（受けられる）・令和　年　月　日～令和　年　月　日迄　円　｜　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。	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）	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。

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　年　月　日

〒
被保険者（申請者）　住所
氏名　　㊞

明治グループ健康保険組合理事長 殿

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・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	

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名				
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	
	令和　年　月　日	令和　年　月　日		
	令和　年　月　日	令和　年　月　日		

労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養費用の別	健保　自費　公費（　　）その他
上記のうち入院した期間	令和　年　月　日から　日間 令和　年　月　日まで　入院	転帰	治癒　継続　中止　転医
診療実日数※　日間	診療日に○　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		
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）		退院年月日	令和　年　月　日
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．人口骨頭　4．心臓ペースメーカー　5．人工肛門　6．その他（　　）		

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

〒
所在地
医療機関　名称
医師の氏名　㊞
電話

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　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	現在の状況	欠勤中・出勤・退職 月　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　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間 令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間		
	計　有給　日・出勤　日	支払報酬額	円

＊上記について、報酬額計算表より転記して下さい。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主（代理人）名　㊞　（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

（給付様式3号）02.09