

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名 （フリガナ）	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です 被保険者のマイナンバー記載欄				
住所	（〒 - ）		都 道 府 県			
電話番号 （日中の連絡先）	TEL	（ ）				
☐マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合、下記の振込口座の記入は不要です。）						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）			

当組合で初めて傷病手当金を申請される方はお答えください。

iDA 健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている、同一傷病での支給をされていないか、また、過去の受給の継続なのか再発なのかを判断するために必要な情報となります。

Q、これまでに、傷病手当金を受給していたことはありますか。

ない ある（以下に記入してください）

傷病名	
受給期間	年 月頃 ~ 年 月頃
保険者名	（健康保険組合・健康保険協会・共済組合）

上記で「ある」と答えた方はお答えください。「健康保険加入記録」「保険給付記録」照会に対する同意書

私は、iDA 健康保険組合が傷病手当金の審査を行うにあたり、必要に応じて関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録などの照会を行うこと、また関係機関が iDA 健康保険組合の照会に対して回答することについて同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。

※関係機関とは、以前加入されていた健康保険の保険者、受診した医療機関、勤務されていた事業所（会社）などを指します。

令和 年 月 日

被保険者氏名： _____ (印)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気	(発病時の状況)	
		<input type="checkbox"/> 2. ケガ	➡ 負傷原因届を併せてご提出ください	
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日	から	日数	日間
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで 円
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい ➡ <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 ➡ <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始 年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい ➡ 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号 _____ 年金コード _____	
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始 年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円	
4 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	<input type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中	
4 - ① 「はい」または「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。	労働基準監督署 _____	
5 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 _____	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

被保険者氏名	
--------	--

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

勤務状況【出勤は○で、【有給は△】で、【公休は●】で、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給		
年	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																																		
年	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																																		
年	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																																		
給与の種類	月給		日給		賃金計算		締日		支払日		翌月払の賃金等																							
	時間給		日給月給				日		日 当月 ・ 翌月																									

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した賃金内訳	期間	単価	月 日	月 日	月 日	賃金計算方法をご記入ください
	区分		~ 月 日	~ 月 日	~ 月 日	
	基本給		支給額	支給額	支給額	
	通勤手当					
	計					

上記の通り相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	担当者
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話		

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名			
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日 (初診日)	
		(2)	(1) 令和 年 月 日	
		(3)	(2) 令和 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
診療実日数	診療日を	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		
	○で囲んで	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		
	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		
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日 令和 年 月 日	
			退院年月日 令和 年 月 日	
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見				
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日	
医療機関の所在地				
医療機関の名称				
医師の氏名			電話 ()	

記入例

1	患者氏名 協会 太郎
2	傷病名 (1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日) (1) 平成 26 年 4 月 22 日
4	発病または負傷の年月日 平成 26 年 4 月 22 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病
5	労務不能と認められた期間 平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間
	発病または負傷の原因 左肩部強打
	うち入院期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 入院
	療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	診療実日数 5 診療日を 4 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
	○で囲んで 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
	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
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) 手術年月日 平成 年 月 日
	退院年月日 平成 年 月 日
	症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()
	上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日
	医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1
	医療機関の名称 ○○総合病院
	医師の氏名 保険 五郎 (印) 電話 03 (△△△△) △△△△

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。