

【被保険者の方へ】ご自身で記入する用紙です。

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

被保険者記入用

◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		③ 被保険者の資格を取得した年月日	
①	1	②	1 2 3 4		R2 年 4 月 1 日
④ 被保険者の氏名		(フリガナ) フジ タロウ		⑤ 被保険者の生年月日	昭和 平成 1 0 6 1
⑥ 請求者の氏名		(フリガナ) 同上		⑦ あなたのしていた仕事の内容	製造 1日8時間の立ち仕事 (事業所名 フジパン (株) 枚方工場)
⑧ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号	(フリガナ) ヒラカシムラノカミダ 11-40 枚方市村野高見台 1-4 0 電話 000-0000-0000		
⑨ 傷病名		1) 腰椎椎間板ヘルニア		初診日	1) R 5 年 1 0 月 2 6 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
⑩ 発病時の状況を詳しく(いつ・どこで・どうした)		半年ほど前より腰に違和感があったが、令和5年10月26日 起床時に腰に痛みがあり起き上がることができなかった。			
⑫ 療養のため休んだ期間(申請期間)		R 5 年 1 0 月 2 6 日から R 5 年 1 1 月 2 5 日まで 3 1 日間			
⑬ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。		1: はい 2: 請求中 3: いいえ 1: 障害厚生年金 2: 障害手当金			
⑬-①「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等をご記入ください。 (「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。)		⑭ 傷病名 ⑮ 基礎年金番号 ⑯ 年金コード ⑰ 支給開始年月日 年 月 日 ⑱ 年金額 円			
⑲ (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。		1: はい 2: 請求中 3: いいえ 「はい」の場合 年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)をご用意ください ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー			
⑲-①「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。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)		⑳ 基礎年金番号 ㉑ 年金コード ㉒ 支給開始年月日 年 月 日 ㉓ 年金額 円			
㉔ 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。		1: はい 2: 労災請求中 3: いいえ 「はい」の場合 休業補償給付支給決定通知書のコピーをご用意ください			
㉔-①「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			

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

振込先指定口座	□ 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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入)		注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	
	②⑤ 金融機関名称	十六 大阪		②⑦ 口座番号
	②⑥ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: 通知		1 2 3 4 5 6 7
②⑧ 口座名義	※必ず被保険者(請求者)の名義であること カタカナで記入ください フジ タロウ			

年 月 日提出

受付日付印

【被保険者の方へ】療養担当者（医師等）に記入してもらう用紙です。

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第 回）

療養担当者記入用

患者氏名	富士 太郎														
療養担当者が意見を書くところ	③① 傷病名	(1) 腰椎椎間板ヘルニア													
		(2)													
		(3)													
	③③ 発病または負傷の年月日	R 5 年 1 0 月 2 6 日 発症 負傷													
		③④ 労務不能と認めた期間 R 5 年 1 0 月 2 6 日から R 5 年 1 1 月 2 5 日まで 31 日間													
	③⑤ 発病または負傷の原因	起床時、歩行に支障あり													
		③⑥ ③④のうち入院期間 年 月 日から 日間 入院 年 月 日まで													
	③⑦ 診療実日数 4 日		診療日を○で囲んでください		10 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										
					11 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										
				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											
				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											
③⑧ ③④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（くわしく）												手術年月日	年	月	日
												通院年月日	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															
③⑨ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき												人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 年 月 日			
人工臓器等の種類												ア、人工肛門 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、心臓ペースメーカー オ、人工透析 カ、その他（ ）			
上記のとおり相違ありません															
R 5 年 1 1 月 2 5 日 医療機関所在地 大阪府枚方市〇〇 〇-〇-〇															
↑ 労務不能と認めた期間の最終日以降の日付を記入してもらってください。												〇〇総合病院			
医療機関の名称												医師 〇〇 〇〇			
医師の氏名												電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

【被保険者が死亡した場合】

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

被保険者記入用

◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		③ 被保険者の資格を取得した年月日	
①	1	②	1 2 3 4		S 60年 4 月 1 日
④ 被保険者の氏名	(フリガナ) フジ 太郎			⑤ 被保険者の生年月日	昭和 平成 3 6 6 1
⑥ 請求者の氏名	(フリガナ) フジ ハナコ			⑦ あなたのしていた仕事の内容	製造 1日8時間の立ち仕事 (事業所名 フジパン (株) 枚方工場)
⑧ 被保険者(請求者)の住所	郵便番号		(フリガナ) ヒラカシムラノカミダ 11-40 枚方市村野高見台 1-40 電話		
⑨ 傷病名	1) 糖尿病				初診日
	2)				1) H30年 10月 26日
	3)				2) 年 月 日
					3) 年 月 日
⑩ 発病時の状況を詳しく(いつ・どこで・どうした)	不詳				⑪ 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください
⑫ 療養のため休んだ期間(申請期間)	R 5年 10月 26日から 31日間 R 5年 11月 25日まで				
⑬ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	1: はい 2: 請求中 3: いいえ		「はい」の場合 年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および ・障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー		
⑬-① 「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等をご記入ください。 (「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。)	⑭ 傷病名		⑮ 基礎年金番号		
	⑯ 支給開始年月日		⑰ 年金コード		
⑰ (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。	1: はい 2: 請求中 3: いいえ		「はい」の場合 年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および ・老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー		
⑰-① 「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。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)	⑱ 基礎年金番号		⑲ 年金コード		
	⑳ 支給開始年月日		㉑ 年金額		
㉒ 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。	1: はい 2: 労災請求中 3: いいえ		「はい」の場合 休業補償給付支給決定通知書のコピーをご用意ください		
㉒-① 「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				

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

振込先指定口座		□ 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。 (利用する場合は□ 利用しない場合は下記の欄を記入)		注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 また、受取代理人を指定する場合は、 公金受取口座を利用できません。	
㉓ 金融機関名称	十六		枚方		本店 支店
㉔ 預金種別	1: 普通		2: 当座 3: 別段 4: 通知		㉕ 口座番号
㉕ 口座名義 カタカナで ご記入ください	フジ ハナコ				

年 月 日提出

受付日付印