

常務理事	事務長		係

# 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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	事業所名
	氏名	(フリガナ)		生年月日
	住所	(〒 - )		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

委任状	被保険者	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記入欄	受付年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日			
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	喪失年月日	令和 年 月 日			
	支給開始日	令和 年 月 日	標準報酬月額	円			
	前回支給期間	自 令 年 月 日	標準報酬日額 × 2/3	円			
		至 令 年 月 日	支給金額	円			
	支給期間	自 令 年 月 日	法定給付	円			
		至 令 年 月 日	付加給付	円			
	不支給期間	一部・全部	(日額 円)	円	支給日数	日	支給金額
一部・全部		(日額 円)	円		日	円	
一部・全部		(日額 円)	円		日	円	
一部・全部		(日額 円)	円		日	円	
一部・全部		(日額 円)	円		日	円	

# 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	被保険者氏名						
	1 傷病名	1)	2 発病 または 負傷 年月日	令和	年	月	日
		2)		令和	年	月	日
		3)		令和	年	月	日
3 発病または負傷の原因をご記入ください。 ※ケガ（負傷）の場合は「負傷原因報告書」もご記入ください。	(発病時の状況 いつ、どこで、何をしていた等) <input type="checkbox"/> 業務上または通勤途上、第三者の行為による負傷 ではありません。						
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
	令和	年	月	日	まで		
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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 平成 <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、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴組合が関係機関（前加入保険者、医療機関、事業主、日本年金機構等）に対して必要な照会を行うこと、及びその回答を得ることに同意します。		
令和 年 月 日 被保険者氏名（自署）		

※ 添付書類を必ずご確認ください。

(R8.1版)

## 【添付書類】

調査票

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

初回申請期間より入社1年未満の方  
 傷病手当金についての確認書（初回）

三重交通健康保険組合

2/4



# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者（医師等）記入用

療養担当者が意見を記入する欄

患者氏名																																	
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日	(1)令和	年	月	日																											
	(2)	(2)令和	年	月	日																												
	(3)	(3)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	<input type="checkbox"/> 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 ○で囲んで 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
		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
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。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話 ( )																																	

(R8.1版)

## 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
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
	うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	診療実日数	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 23 24 25 26 27 28 29 30 31 ○で囲んで 5 月 2 3 4 6 7 8 9 10 11 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 ください。
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)		
鎖骨を骨折し、4/22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。 症状経過からみて従来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		
人工透析の実施または人工臓器を装着した日		
人工臓器等の種類		
上記のとおり相違ありません。		
医療機関の所在地		
医療機関の名称		
医師の氏名		

- 【被保険者の方へ】
- 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】
- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。