健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者（申請者）記入用

（記入例）

本人提出日	○○ 年 4 月 15 日		
被保険者（申請者）の氏名	（フリガナ） セイレイ ハナコ 聖 隷 花 子 年令（ ○○ 才）		

申請事項

所属施設の名称（退職者は退職前の所属施設）	けんぽ病院				
被保険者証の記号・番号	記号 1	番号 12345	生年月日	職種	役職名
			昭和 平成 ○ 年 1 月 1 日	看護師（退職者は退職前の職種）	□あり（ ） ☑なし
被保険者（申請者）の住所	（フリガナ）シズオカケン ハママツシ ナカク モトシロチョウ （〒123 － 4567） 日中連絡のつく電話番号 090（1234 ）5678 静岡県浜松市中区元城町1234				
傷病名	（1） 重症妊娠悪阻 （2）	初診日	（1） ○○.1.10 （2）		
発病の状態または負傷の原因	（1）いつ ○○ 年 1 月10 日 時ころ	（2）どこで 職場			
	（3）どんな用事で何をしているとき 勤務中、立ち仕事をしている時 （□仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は✓）				
傷病による休業期間（今回の申請期間）	○○ 年 1 月 14 日 ～ ○○ 年 3 月 31 日	77 日間			

確認事項

該当欄に○印をして下さい。

①過去に健康保険の傷病手当金を受給したことはありますか？	（はい） いいえ
②障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか？ （「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名を記入し、年金の種類を選択） 傷病名 ＿＿＿ 年金の種類 □障害厚生年金（障害基礎年金を含む） □障害手当金	はい・（いいえ）・請求中
③労災保険から休業補償給付を受けていますか？	はい・（いいえ）・請求中
④介護保険のサービスを受けていますか？	はい・（いいえ）・申請中
（退職した方）⑤老齢退職年金を受給していますか？	はい・（いいえ）・請求中

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受理を代理人に委任します。

《被保険者・申請者》	《受取代理人》
○○ 年 4 月 15 日	
氏 名 聖 隷 花 子	氏 名 事業主 記入
住 所 静岡県浜松市中区元城町1234	住 所

支払金融機関の欄

銀行 金庫	本店 支店	種別 1：普 通 2：当 座	口座名義人の氏名（フリガナ）
事業主 記入			事業主 記入
口座番号			

※資格喪失後の受給等で、被保険者本人の口座に支払う場合は、支払金融機関の欄を記入してください。

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

2023年3月 改訂

療養担当者（医師等）記入用

療養のため、労務不能となった傷病名を記載してください

療養担当者（医師等）が意見を記入する欄

傷病名	（1） 重症妊娠悪阻 （2） （3）	発病または負傷の日	（1） ○○ 年 1 月 10ころ日 （2） 年 月 日 （3） 年 月 日
療養の給付開始年月日（初診日）	（1） ○○ 年 1 月 14 日 （2） 年 月 日 （3） 年 月 日	発病または負傷の原因	妊娠の為
労務不能と認めた期間	○○ 年 1 月 14 日から ○○ 年 3 月 31 日まで	うち入院期間	○○ 年 1 月 14 日から ○○ 年 1 月 25 日まで

診療日に○を記入してください

	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
○○年 1 月														○	―	―	―	―	―	―	―	―	―	―	○					○	
○○年 2 月							○							○							○							○			
○○年 3 月				○							○							○							○						

・主たる症状および経過 ・治療内容 ・検査結果 ・療養指導	1/10頃から上記症状があり当院外来にて点滴治療をした。嘔吐あり。経口摂取困難。脱水症状もみられたため、1/14から入院管理。経口摂取可能となり1/20退院となった。	転帰	□治癒 □中止 ☑継越 □転医
労務不能と認められた医学的所見	退院後も引き続き安静が必要であったため、上記期間は労務不能であった。	療養費の別	☑健保 □公費 □自費 □その他
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》 年 月 日	《人工臓器等の種類》	□人工肛門 □人工関節 □人工骨頭 □心臓ペースメーカー □人工透析 □（ ）

上記のとおり相違ありません。 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関の所在地 浜松市○○区○○○123

医療機関の名称 ○○○病院 医師の氏名 保 険 太 郎

医療機関の電話番号 053（ △△△ ）△△△△

（記入例）

事業所証明用

事業主が証明する欄

〈勤務状況〉
出勤は〇で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／で、それぞれ月ごとに表示、日数計を記入してください。

	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	計	出勤	有給	公休	欠勤
〇〇年1月	公	公	〇	〇	〇	〇	〇	公	公	〇	〇	〇	〇	△	公	公	公	△	△	△	△	△公	公	公	△	△	△	公	△公	公	△		9.0	10.0	12.0	0
〇〇年2月	△	△	△	△	△	公	公	公	／	／	／	／公	／	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	公	公					0	5.0	8.5	14.5
〇〇年3月	／	／	公	公	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	公	／公	公	／	／	／	／	／	公		0	0	9.5	21.5
年　月																																				
年　月																																				

〈賃金支給状況〉
全額支給〇、一部支給△、不支給×で記入してください。
遡及が発生した場合は支給した月ではなく、支給対象の勤怠実績のあった月に記入してください。

区分 / 月分	基本給等区分とその単価 / 賃金計算期間	基本給 日給 時間給	本給加算	本給調整	固定給 通勤 手当	扶養 手当	住宅 手当	手当	手当	
		228,330 円	円	円	2,000 円	6,500 円	27,000 円	円	円	円
00年 1月分	1月 1日 ～ 1月 31日	〇			〇	〇	〇			
00年 2月分	2月 1日 ～ 2月 28日	△			×	〇	〇			
00年 3月分	3月 1日 ～ 3月 31日	×			×	×	×			
年 月分	／ ～ ／									
年 月分	／ ～ ／									

※遡及が発生した場合は、支給した月ではなく、支給対象の勤怠実績があった月に記入してください。

事業所記入例
〇＝全額支給
△＝一部支給
×＝全額不支給

給与の種類（〇で囲んでください）	
	月給
	日給月給
	日給
	時間給
	その他

（備考欄）
※特記事項がある場合は、この欄に記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 〒

事業主

氏名　**事業主 記入**

電話番号 △△△（△△△）△△△△

聴取書（申請者は記入しないこと）

（回答の内容および聴取者所見）

聴取者

受付日付印