

健 保 記 入 欄	支給期間	自 令和 年 月 日	日間	標準報酬	月額	
		至 令和 年 月 日			日額	
	支給額算定式	円 × 日 = 円			法定日額	

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平・令	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平・令	年	月	日
	被保険者 氏名 (自署)	フリガナ		被保険者 住 所		〒						
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		電話		()						
	事業所名 及び電話	電話 ()		内線 ()								
	傷 病 名	発病又は 負傷年月日		令 和	年	月	日					
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく	第三者の行為に よるものですか		いいえ ・ はい								
	傷病又は 負傷で療養 するため 休んだ期間	令和 年 月 日 から	日間	令和 年 月 日 まで								
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた ・ 受けない		将 来	受けられる ・ 受けられない						
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、 その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる)期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		の日分として		円					
	障害厚生年金又は障害手当金受給 の有無	有 ・ 無 ・ 請求中	基礎年金番号		—							
受給病名	障害厚生年金、 手当金の額		円									
任意継続被保険者 ・ 資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額							
	有 ・ 無 ・ 請求中			円								
					円							
無職無収入 の証明	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間 無職無収入でありました。							

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

支 払 金 融 機 関	銀行 金庫	本店 支店
	金融機関コード()	店番号 ()
	預金 種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
口座名義		
※被保険者名義		

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間				
	上記期間中に報酬支払いがありましたか？	あり ・ なし		→「あり」の場合は下記を記入してください		
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合、又は支給する場合	報酬の名称	支給対象期間			支給額
			令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
	賃金計算	締日 日 / 支払日 日	給与の種類	月額・日額・日給・月給・時間給・歩合給・その他		
上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日		
所在地						
事業主 名称						
氏名						
電話						

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名					
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日				
	療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	令和 年 月 日				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
	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	左の期間中の 診療実日数	日間	
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要					
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			
上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日		
医療機関所在地						
医療機関名						
医師の氏名						
電 話						

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

社会保険労務士等 提出代行者	
-------------------	--