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

被保険者証の記号番号	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）	ﾌﾘｶﾞﾅ	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 令和　年　月　日　まで　日間										
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								
			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

楽天健康保険組合

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はありましたか？	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			
		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	