

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	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		日間 無職無収入でありました。							
		令和 年 月 日まで										

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	日間	左の期間中の診療実日数	日間			
		令和 年 月 日 まで						
	傷病の経過概要							
うえの期間中に入院した場合はその期間	令和 年 月 日 から	日間						
	令和 年 月 日 まで							
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								

社会保険労務士の提出代行者の印	⑨
-----------------	---