

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1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 ○○○○	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 ケンボ ハナコ	被保険者住所									
	生年月日	昭和 平成・令和	60年	11月	30日	電話	()					
	事業所名及び電話	株式会社○○○○ ○○○部		電話	○○ (○○○○) ○○○○		内線	()				
	傷病名	○○○○病						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	発病の状況等について詳しくご記入ください						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 元年 5月 1日 から					31 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							
	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									
	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									
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	有	無	請求中	年金コード又は記号番号もしく							
	無職無収入の証明	令和 年 月 日から										
		令和 年 月 日まで										

病気を発症したと思われる日を記入。診断日より前に発症した場合はその日を、不明の場合は不明と記入。

休み開始日は休職開始日と一致させる必要はありません。欠勤、有給、私傷病休暇を含め実際にお休みし始めた日を記入してください。休職開始日から記入された場合、3日間の免責期間を経て、4日目からの支給となります。※本人記入内容と次項の主治医記入の「労務不能と認められた期間」は同じ期間を記載してください。

※ 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

支払金融機関	金融機関コード()	店番号 ()
	預金種別	口座番号
	フリガナ	ケンボ 太郎
	口座名義	健保 太郎
	※被保険者名義	

日 提出
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、報酬全額又は一部支給した場合の支給額	<h1 style="color: red;">事業主の証明欄</h1>				支給額
	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	<h1 style="color: red;">医師の証明欄</h1>				
	労務不能と認められた期間					日間
	傷及び病の経過の概要					
うえの期間中に入院した期間がその期間		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						

※ 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	
-------------------	--