

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)

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。

被保険者が記入するところ	被保険者等記号番号	記号 ○○○○	被保険者資格取得日	平 年 月 日 令 2 7 0 4 0 1	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平 年 月 日 令
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ		〒		
	生年月日	昭 平成・令和 60年 11月 30日		被保険者住所		
	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 6 0 5 0 1
	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	<input checked="" type="radio"/> 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 6 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 受けない		<input checked="" type="radio"/> 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	円			
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	高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		円		
	有 ・ 無 ・ 請求中			円		
	無職無収入の証明	令和 年 月 日から	円			
		令和 年 月 日まで	円			

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ください。

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	口座名義
	銀行 金庫	普通・当座
	本店 支店	※被保険者名義

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又は支給する場合	<h1>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>医師の証明欄</h1>				
	労務不能と認められた期間					
	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
		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 ⑤						
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	
-------------------	--