

・傷病手当金の申請は、1ヶ月分を目安にお願いします。(長期間の申請は審査に日数が掛かる場合があります。)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日		
	被保険者証の(右つめ)	3	1 2 3 4	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	3	4	1
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	(〒 000 - 0000) 千葉 都 道 府 県 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3			電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000		

退職後に請求する場合は、下記にご記入ください。(被保険者名義)

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇	銀行() 金庫() 信組() 農協() 漁協() その他()	本店() 支店() 出張所() 本所() 支所()
	預金種別	普通口座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˇ)は1字としてご記入ください。) ケンボ ° タロウ		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 必要書類**
- 日常生活・療養状況等報告書(傷病手当金を申請の都度添付。但し請求期間が入院期間中の場合不要)
 - 給付に関する同意書 (第1回目の傷病手当金を申請の際に添付)
 - 傷病手当金の受給歴説明書(第1回目の傷病手当金を申請の際に添付)
- 障害厚生年金の給付を受けている方**
- 年金給付額等がわかる書類(以下すべての書類が必要です)
 - 障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー
 - 障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー
- 老齢退職年金の給付を受けている方(申請期間が資格喪失後の場合)**
- 年金給付額等がわかる書類(以下すべての書類が必要です)
 - 老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー
 - 老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー
- 雇用保険の失業給付申請をされた方**
- 離職票のコピー又は延長通知書のコピー
- ケガ(負傷)の場合**
- 「負傷原因届」※勝又健康保険組合のホームページから印刷できます。

常務理事	事務長			担当者
支払年月日	年	月	日	
支給額				円

受付日付印	
-------	--

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

事業主 記入用

被保険者の方へ

お勤め先の事業所に証明を受けてください。

資格喪失日(退職日)以降の期間に関する申請については、空欄で提出してください。

事業主の方へ

労務に服することができなかった期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

添付書類 ①賃金台帳のコピー ②出勤簿のコピー

事業主が証明するところ	被保険者氏名		雇用区分 正社員・契約社員・その他 ()																													
	勤務状況【出勤は出】で、【有給休暇は有】で、【公休は公】で、【欠勤は欠】で、【半日欠勤等は半】でそれぞれ記入してください。																															
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい		給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算		締日		日																			
		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		日																			
		<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他								日																				
上記の期間分として支払う報酬																																
報酬の名称	支払の対象となった期間		支払金額		支払日																											
基本給	年	月	日	~	年	月	日	(日間)	円	(日額)	円	月	日																			
手当	年	月	日	~	年	月	日	(日間)	円	(日額)	円	月	日																			
手当	年	月	日	~	年	月	日	(日間)	円	(日額)	円	月	日																			
手当	年	月	日	~	年	月	日	(日間)	円	(日額)	円	月	日																			
労務に服さなかつた日数	日間	労務に服さなかつた日について報酬を支払わなかつた場合は、その理由																														
備考																																
上記のとおり相違ないことを証明します。					□令和		□()		年	月	日																					
事業所所在地																																
事業所名称																																
事業主氏名																																

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名			
	傷病名	(1)	初診日 (療養の給付開始年月日)	(1) <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
		(2)		(2) <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
		(3)		(3) <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因
労務不能と 認められた期間	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 まで	日間	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他()	
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 まで	日間 入院	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
診療 実日数 (入院期間を 含む)	日	診療日及び入 院していた日 を○で囲んで ください。	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
上記の期間中における「主たる症状および経過」 「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
			退院年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見				
人工透析を 実施または 人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施 または人工臓器 を装着した日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	人工臓器 等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()
上記のとおり相違ありません。			<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	
医療施設の所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名			TEL	() ()