

記入例

※原則診療月ごと(1ヶ月ごと)に記入し、提出ください

※労災認定された傷病については労災保険で補償されるため、傷病手当金の申請は出来ません

※傷病手当金と同じ疾病で障害年金または障害手当金を受給する場合は傷病手当金は支給されませんが、ただし年金日額より傷病手当金日額が高い場合はその差額が支給されます

事務長	係	1枚目
健康保険被保険者証	本人(被保険者)	令和5年2月1日交付
記号	1052	番号
1111	(枝番)	00
氏名	ニホン ハコ 日本 花子	
生年月日	平成10年	4月
1日	性別	女
資格取得年月日	令和	5年
2月	1日	
保険者所在地	大阪市北区大淀北2丁目1番2号	
保険者番号・名称	06271696	日本ペイント健康保険組合
		☎ 06 (6455) 9190

健康保険 傷病手当金申請書(第 X 回目)

何回目の提出なのか回数を記入ください
(初回提出の場合は「第1回目」になります)

① 記号番号	10XX - XXX	② 被保険者の氏名	本人氏名
④ 被保険者の現住所	現住所		
⑤ 事業所の名称	本籍会社の名称		
⑥ 資格取得年月日	保険証記載の資格取得年月日	⑧ 業務(具体的に)	営業、事務、技術など
③ 発病又は負傷年月日	医師記入欄②⑤と同じ	⑨ 傷病名	医師記入欄③と同じ
⑩ 発症又は負傷の原因を詳しく	医師記入欄⑥と同じ ※不明の場合は「不詳」と記入		
⑪ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ	※「はい」の場合は届け出が必要ですので事前にご連絡ください。	
⑫ 疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間	医師記入欄⑦と同じ	⑬ から	⑭ まで
⑬ 上記期間中に事業主から報酬を受けましたか	記入しない	左記で「はい」の方は期間中の報酬をご記入ください	記入しない
⑭ 入院した期間がある場合	⑮ 入院した期間	申請期間中に入院した場合は記載ください ※入院した期間は医師記入欄⑩と同じ	
⑯ 障害年金・障害手当金について	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給資格なし	いずれかに✓	
⑰ 上記にて「受給中」又は「請求中」の場合	基礎年金番号	傷病名	⑱ で「受給中」もしくは「請求中」に✓した場合にのみ記入ください
⑲ 傷病手当金の決定をするにあたり、健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答することに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。	被保険者氏名	本人氏名	

⑲ 委任状	上記請求金額の受領を	記入しない	に委任する。
	XXXX年XX月XX日	本人氏名	
	被保険者氏名		
⑳ 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。	記入しない	
㉑ 振込希望銀行名	※事業所所属の方は記入不要	口座氏名	

030401

専業主記入欄	① 労務に服さな か	年 月 日 から	日間	
	② 上 期間と 分と 支 報酬	円 分) 分) 分) 分)		
	記入しない ※会社担当者が記入します			日
	※押 印	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

療養担 当医 師の 意 見 記 入 欄	① 傷病名	② 初診日	年 月 日										
	③ 発病又は 負傷年月日	年 月 日	④ 発病又は 負傷の原因										
	⑤ 労務不能 と認め た期 間	年 月 日 から	日間	⑥ 診療実日数	日								
	⑦ 外来診療 日に○を	<table border="1"> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>			29	30	31	29	30	31	29	30	31
	29	30	31										
	29	30	31										
	29	30	31										
⑧ 上記⑤の 期間のうち 入院期間													
⑨ 主たる症状 及び経過 (出来るだけ詳しく)	<u>担当医に記入を依頼ください</u>												
⑩ 症状経過から みて労務不能と 認められた 医学的所見	<u>医療機関の住所、名称、医師氏名に 記入漏れが無い、ご確認ください</u>												
上記のとおり相違ないことを証明します。													
<table border="1"> <tr> <td>医療機関所在地</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>医療機関名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師の氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TEL :</td> <td>- -</td> </tr> </table>				医療機関所在地	年 月 日	医療機関名称		医師の氏名		TEL :	- -		
医療機関所在地	年 月 日												
医療機関名称													
医師の氏名													
TEL :	- -												