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

㋐ 被保険者証の記号・番号	㋑ 被保険者の生年月日	㋒ 被保険者（申請者）の氏名	ケンポ　タロウ
000 － 0000	昭和 平成（○） 00年 00月 00日		健保　太郎

㋓ 被保険者（申請者）の住所	〒 000-0000 ○○ 都道府県 ○○市○○町１－１ 電話 000（000）0000
㋔ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和（○） 00年 00月 00日
㋕ 被保険者の具体的な仕事の内容	フォークリフト作業員
㋖ 傷病名	1) 右足関節骨折 2) 3)
㋗ 初診日	00年 00月 00日 年 月 日 年 月 日
㋘ 発病時の状況を詳しく（負傷の場合は裏面㋙を記入してください。）	野球の守備をしていたとき、打球を追って走っていたところ、転倒し、右足を骨折した
㋚ 第三者行為によるものですか	☐ はい　☑ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください
㋛ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 2 年 4 月 6 日 から 令和 2 年 4 月 24 日 まで　19 日間 自 年 月 日 至 年 月 日
㋜ 上記㋛の療養のため休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	☑ 受けた　☐ 受けない ☐ 今後受ける　☐ 今後も受けない
㋝ 上記㋜で「受けた」「今後受ける」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。	令和 2 年 4 月 6 日 から 令和 2 年 4 月 24 日 まで　19,000 円
㋞ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	☐ はい　☑ いいえ　☐ 請求中 ☐ 障害厚生年金　☐障害手当金
㋟ 上記㋞で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。	
㋠ 上記㋞で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入してください。（「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）	基礎年金番号： 年金コード： 支給開始年月日：平成 令和 年 月 日 年金額：円
㋡ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。	☐ はい　☑ いいえ　☐ 請求中
㋢ 上記㋡で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入してください。（「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）	基礎年金番号： 年金コード： 支給開始年月日：平成 令和 年 月 日 年金額：円
㋣ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	☐ はい　☑ いいえ　☐ 労災請求中
㋤ 上記㋣で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。	支給（請求）労働基準監督署名 労働基準監督署
㋥ 介護保険法のサービスを受けたとき	保健者番号： 被保険者番号： 保険者名称：

㋦ 委任状

傷病手当金の受領を　　㊞　に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）氏名　健保　太郎　健保㊞

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。）				
㋧ 退職者用振込先	銀行名	銀行・農協 金庫・信組　本店 支店	種別	普通・当座	通帳番号
	口座名義	（フリガナ）			

個人番号記載欄

※保険証の記号番号を記入した場合は不要

令和　　年　　月　　日　提出

千葉県機械金属健康保険組合

受付日印

支払日印

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ

㋭ 勤務状況（出勤は〇で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。）

		出勤	有給
2年 4月	1〇 2〇 3〇 4公 5公 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 計	6 日	5 日
年 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 計	日	日
年 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 計	日	日

㋮ 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？

☑はい／□いいえ

㋯ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。

給与の種類（〇で囲んでください）：(月給) 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他

賃金計算：締日 末日／支払日 当月 (翌月) 10日

支給した（する）賃金内訳 ＼ 期間 / 区分	単価	4月1日 ～ 4月30日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額
基本給	300,000	200,000		
通勤手当	30,000	30,000		
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	330,000	230,000		

●賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。

欠勤控除額（基本給）

300,000円÷30日×10日＝100,000円

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 2 年 5 月 16 日

担当者氏名　〇〇　〇〇

㋒

事業所所在地　千葉県千葉市中央区△△１－１

事業所名称　株式会社△△△△

事業主氏名　健保　次郎

電話　000（ 000 ）0000

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前１ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。「第２回目分」以降に報酬（各手当）を受けている場合も賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
疾病名	(1) (2) (3)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
発病または負傷の年月日	令和 年 月 日 発病 負傷	発病または負傷の原因	
㋬ 労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
㋱ ㋬のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	療養費用の別	健保 自費 公費（ ） その他
		転帰	治癒 繰越 中止 転医

診療実日数　日　診療日を〇で囲んでください。

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

㋳ ㋬の期間中における「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	令和 年 月 日
退院年月日	令和 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	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日
	人工臓器等の種類	ア．人工肛門　イ．人工関節　ウ．人工骨頭　エ．心臓ペースメーカー オ．人工透析　カ．その他（ ）

上記のとおり相違ありません。　令和 年 月 日

㋴

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話（ ）

負傷原因記入欄　初回申請時のみ記入してください。

㋝　負傷の原因について記入してください（該当する□にチェック☑してください。）

被保険者が記入するところ

［負傷日時・場所等］

1．いつケガ（負傷）をしましたか。

令和　2 年　4 月　4 日（　土 曜日）

☑午前／□午後　１０時　００分頃

2．ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。

□出勤日　☑休日（定休日・休暇含む）

□その他（　　）

3．ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。

□勤務時間中

□通勤途中（□出勤／□退勤）

□出張中

☑私用

□その他（　　）

4．ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。

□会社内　□道路上　□自宅

☑その他（ 野球場　　）

5．ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。

□交通事故　□暴力（ケンカ）

☑スポーツ中

（□職場の行事／☑職場の行事以外）

□動物による負傷（飼い主 □有／□無）

□あてはまらない

6．「上記５」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。

相手　□有→ ｛ □あなたは被害者 / □あなたは加害者 ｝

☑無

※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。

［受診した医療機関］

7．診療を受けた医療機関名とその期間等

医療機関名

〇〇〇〇病院

令和　2年　4 月 ～ 令和　　年　　月

□治癒／☑治療中

医療機関名

令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月

□治癒／□治療中

8．負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。

令和２年４月４日午前１０時頃、
野球の守備をしていたとき
打球を追って走っていたところ
転倒し右足を負傷した。
痛みが続くため〇〇〇〇病院を受診し
右足関節骨折と診断され入院、手術となる。

9．被保険者が代表取締役等役員の方の場合、労災保険に特別加入していますか。

□加入有／□加入無

【記入上の注意】

1．記入した字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とウヒムの方の氏名（サイン）を記入してください。修正液等は使用しないでください。

2．ケメ欄「発病の状態、または負傷の原因」については、その詳細を記入すると共に、負傷の原因が第三者によるものであるときは第三者の住所、氏名、電話番号を記入し、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。

3．証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。

4．「初回請求分」には、請求期間中および請求期間前１ヶ月分（通常勤務月分）の賃金台帳と出勤簿（またはタイムカード等）の写しを添付してください。２回目分以降請求時に欠勤控除されない手当等がある場合につきましても、賃金台帳と出勤簿等の写しを添付してください。また、欠勤控除がある場合は、控除の仕方を付記してください。

5．障害年金、障害厚生年金、障害手当金を受けているときは、年金証書もしくは通知書等の写しを添付してください。

6．「任意継続被保険者または資格喪失後継続して傷病手当金を受けている方」が老齢または退職を事由とする年金を受けているときは、年金証書もしくは通知書等の写しを添付してください。

7．未記入欄がありますと返戻の対象になりますので、ご注意ください。

【注意事項】

※障害年金、障害厚生年金、障害手当金を受給している場合、傷病手当金の額が一部もしくは全部不支給となる場合があります。

※老齢または退職を支給事由とする年金を受けている任意継続被保険者または資格喪失後継続して傷病手当金を受けている方は傷病手当金の額が一部もしくは全部不支給となる場合があります。

【別添】

被保険者証	記　号		番　号	
氏　名	(フリガナ)		生年月日	
			昭和 平成	年　月　日

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む１２ヶ月の間に、勤務先に変更があった場合は、各勤務先の名称、住所および使用されていた期間をご記入ください。ただし、勤務先が変わったことに伴い、保険者(全国健康保険協会または健康保険組合のことを言います。)も変わった場合は除きます。

①	会 社 名	(フリガナ)
	所 在 地	〒　－ 都 道 府 県
	使用されていた期間	年　月　日 ～　年　月　日

②	会 社 名	(フリガナ)
	所 在 地	〒　－ 都 道 府 県
	使用されていた期間	年　月　日 ～　年　月　日

③	会 社 名	(フリガナ)
	所 在 地	〒　－ 都 道 府 県
	使用されていた期間	年　月　日 ～　年　月　日

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む１２ヶ月の間に、加入していた健康保険組合に合併、分割または解散が生じた場合は、各健康保険組合の名称およびその加入期間をご記入ください。

①	健康保険組合の名称	
	加入期間	年　月　日 ～　年　月　日

②	健康保険組合の名称	
	加入期間	年　月　日 ～　年　月　日