

1 枚目：被保険者が記入するページ（この申請書は2枚一組です）

記入例

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第 1 回目）

被保険者 (申請者) 情報	①社員番号	ID	123▲▲▲▲	③氏名	健保 花子	④生年月日	昭和・平成
	②記号 - 番号 *空欄でも可	1 - 45▲▲▲▲				1 年 4 月 5 日	
	⑤住所	〒 123-▲▲▲▲ 東京都品川区▲町 6-7-8 ○○マンション 910			⑥携帯 TEL *必ず記入してください	080-****-****	

⑦ 給付金受取口座

\*被保険者氏名と口座名義が一致しない場合は支給できません。氏名が変わったときは健康保険の氏名変更手続きと口座名義変更をしてください。  
\*受取口座は一人一口座とします。同時期に複数の給付がある場合は、先に申請があった口座に支給します。

金融機関コード	0 0 ▲ ▲	支店コード	1 1 ▲	普通口座No.	
金融機関名	三菱 ABC	支店名	目黒	口座名義(カタカナ) *被保険者の氏名と一致していること	
	銀行 信金 その他( )	本店 支店 出張所	ケンポ ハナコ	被保険者名と一致していること	

申請内容	⑧傷病名	妊娠悪阻	⑨発病または負傷の年月日 *おおよそ	令和 5 年 4 月 1 日ごろ
	⑩療養のために休んだ期間 (申請期間)	令和 5 年 4 月 15 日 ~ 令和 5 年 4 月 30 日まで		
	⑪ ⑩の期間中の状態	症状： 嘔吐が続き、めまいなどの脱水症状がある。 医師からの指示： 入院安静。絶食。点滴による栄養補給。 月をまたぐ場合は、原則として「ひと月ごと」に申請すること		

確認事項 (当てはまるものに○)	⑫傷病の原因	1. 仕事中に負ったケガや仕事の原因でかかった病気ではない(原因が不明なものを含む) 2. 仕事中や通勤途中に負ったケガや仕事の原因でかかった病気である ⇒ 労災・通災に該当するため傷病手当金は支給対象外です(管轄の労働基準監督署へご相談ください) 3. 他の誰かによって負わされたケガや病気である(交通事故など、確実に相手に原因があるもの) ⇒ 加害者が休業期間の損害賠償を負うべきものであるため傷病手当金は支給対象外です(加害者や保険会社に請求してください)
	⑬障害年金等	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか(申請中ですか) 1. はい ⇒ 「年金証書」のコピーと「直近の振込通知書(ハガキ)」のコピーを添付してください 2. 申請中 ⇒ 年金の支給決定後、ただちに「年金証書」のコピーを提出してください さかのぼって年金が支給開始となる場合、先に支給した傷病手当金は返還いただけます
	⑭申請期間の報酬	当組合の資格を喪失した方のみ) ⑩療養のために休んだ期間(申請期間)中に、雇用保険の求職給付(失業手当)・給与・個人事業による収入・退職後の高齢年金など、何らかの報酬を受けましたか。または、この後、受ける(支払われる)予定ですか。 1. はい ⇒ 傷病手当金は支給対象外です 2. いいえ

必ずお読みください

注意点

- この用紙は A4 サイズ・白黒・片面印刷、でプリントアウトしてください。
- 第 1 回目の申請時には、「第 1 回目の添付書類 3 枚」を添付してください。
- 申請は原則として「ひと月ごと」に行ってください。月ごとでない場合も受付けますが、支給に時間を要します。  
例：4月15日から6月25日まで休んだ場合は、⑩療養のために休んだ期間(申請期間)を次のようにして申請してください。  
第 1 回目：4月15日～4月30日、第 2 回目：5月1日～5月31日、第 3 回目：6月1日～6月25日
- ⑫で「2」または「3」と回答した場合、傷病手当金は支給対象外ですが、災害認定や事件事故の解決までに相当の時間を要するときは、その間の生活費の補填として傷病手当金を支給することができます。ただし、災害認定や事件事故が解決した時点で、ただちに傷病手当金を返還いただけます。それをご理解いただいた上で申請してください。

受付印

傷病手当金支給申請書 2 枚目（この申請書は2枚一組です）

被保険者 (申請者)が記入	ID	123▲▲▲▲	記号 - 番号 *空欄でも可	1 - 45▲▲▲▲	氏名	健保 花子
------------------	----	---------	----------------	------------	----	-------

ここまでを被保険者が記入してください

以下は事業主が記入する欄です。所属店舗の証明は不要です。資格喪失後の申請については記入の必要はありません。

事業主 証明 欄	労務に服さな	
	空欄のまま、勤務先の定める提出先に郵送してください。 勤務先の所属長(マネージャーなど)も記入しないでください。	

以下は医師等が記入する欄です。医療機関等で意見を受けてください。

療養を 担当 した 医師 等 の 意 見 記 入 欄	医師に証明を依頼してください。	
	TEL	