

退職後の傷病手当金請求には下記の要件を満たす必要があります。
 1. 資格を喪失した日の前日までに引き続き1年以上被保険者であったこと
 2. 資格を喪失した際に傷病手当金の支給を受けていた、又は受けられる状態であること

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2
(退職者用)

被保険者 申請者 情報

記号・番号は、右づめで記入してください。

枝番は不要です。

健康保険の(右づめ) 記号: 5 5 5 1 番号: 1 2 3 4 5

(退職前の記号・番号がお分かりの方は、下記に記入してください) 分らない場合は、未記入のままです

昭和 平成 5 5 0 3 3 1

氏名 (フリガナ) タイヘイヨウ ダイジロウ 現在仕事をしていますか
 太平洋 大二郎 はい いいえ

住所 (〒 〇〇〇 - ××××) 埼玉 都道府県 〇〇市△△町××-××

電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇 (△△△) ×××× 日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

口座振込先口座は下記のとおりです (退職後1回目のみ記載。2回目は1回目の振込先に入金しますので変更がなければ記載不要です。)

振込先指定口座

金融機関名 〇〇〇 銀行 金庫 信組 本店 支店
 農協 漁協 △△△ 出張所
 その他 () 本所 支所

預金種別 1 1. 普通 3. 別段 口座番号 1 1 1 1 1 1 1 左づめでご記入ください
 2. 当座 4. 通知

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(゜)は1字としてご記入ください)
 タイヘイヨウ ダイジロウ 口座名義の区分 1 1. 申請者

健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です
 被保険者のマイナンバー記載欄

必ず全員、添付が必要です。
 ○添付書類
 ・生活行動の記録
 ・【退職後に他健保に加入した方】医療機関の領収書(写し)

2ページに続きます。>>>

【健保使用欄】

支給・支払決議書	同年月日	令和 年 月 日	回数	
	支払額	百 万 十 万 万 千 百 十 円		
	法定			
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	資格	得 年 月 日 喪 年 月 日	前回	始 年 月 日 終 年 月 日
	日額	円/日	備考	

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.

健康保険 傷病手当金 支給申請書

在職中から引き続きの傷病手当金請求の場合は、初回申請時の年月日を記入してください。

退職者（申請者）記入欄

申請内容	1 傷病名	1) 十二指腸潰瘍 2) 3)	2 発病または負傷年月日	1) 平成 令和 3 年 11 月 10 日 2) 平成・令和 年 月 日 3) 平成・令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか	1. 病気 2. ケガ 1 (発症時の状況) 吐き気・下血があったため病院を受診		
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 日 数 0 4 0 1 1 1 から 0 4 0 2 1 0 まで 31 日間		
	5 申請期間中の病状	体調は、良くなりつつある。 病状は、必ず記入してください。		

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。または今後受けられますか	2 1. はい 2. いいえ		
	1-① 「はい」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）期間をご記入ください	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	報酬額	円
	2 「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	2 1. はい 2. いいえ 3. 手続中 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金		
	2-① 「はい」または「手続中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください 「手続中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください	傷病名 基礎年金番号 支給開始日	年 月 日	年 金 額 円
	3 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受給している場合、その名称をご記入ください	2 1. はい 2. いいえ 3. 手続中 <input checked="" type="checkbox"/> 名称		
3-① 「はい」または「手続中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください	傷病名 基礎年金番号 支給開始日	年 月 日	年 金 額 円	
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	2 1. はい 2. いいえ 3. 労災請求中			
4-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください	労働基準監督署			
5 介護保険サービスを 保険者 受けたとき 番号	被保険者番号	保険者名称		

療養担当医師記入欄

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	太平洋 大二郎		
	傷病名	(1) 十二指腸潰瘍 (2) (3)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 平成・ 令和 3 年 11 月 10 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	令和 年 不明 月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	不明
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 1 月 11 日 から 令和 4 年 2 月 10 日 まで 31 日間	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院
	診療実日数	3 日	診療日数を○で囲んでください	1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 2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「主たる症状及び経過」「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
	投薬による治療を行っている。		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 嘔吐、下血が続いており、自宅安静が必要と考える。よって、まだ労務に服する事は困難であると認められる。			
	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"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等類 <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（ ）
	上記の通り相違ありません。		令和 年 月 日	
医療機関の所在地	医療機関の名称	医師記入	電話 ()	
医師の氏名				