

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2
(退職者用)

退職者（申請者）記入欄

被保険者 申請者 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	健康保険の (右づめ) <small>(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) 分からない場合は、未記入のままでも差しつかえありません</small>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	(フリガナ)		現在仕事をしていますか			
	氏名			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
住所	(〒 -)		都道府県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
□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	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	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(゜)は1字としてご記入ください)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 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

○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	前回	始 年 月 日
	喪	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

1 2
(退職者用)

退職者（申請者）記入欄

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病または負傷年月日	1) 平成・令和 年 月 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	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (発症時の状況)		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日	から	日数 日間
	5 申請期間中の病状	_____		

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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. 手続中
	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 _____ 年金コード _____ 支給開始日 令和 年 月 日 年金額 円
	3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. 手続中
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 _____ 年金コード _____ 支給開始日 令和 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 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 被保険者番 保険者称	_____	

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	_____
	傷病名	(1) _____ (2) _____ (3) _____
	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成・令和 年 月 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 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	うち入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	診療実日数	診療日数を○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 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	人工透析の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	_____	
医師の氏名	_____	
電話	() _____	