

健康保険傷病手当金支給申請書(第 回目)
延長傷病手当金付加金支給申請書(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号 番号		② 被保険者(請求者)の氏名		③ 生年月日	
			(自署)		昭和 平成 年 月 日 令和	
	④ 被 保 険 者 (請求者)の住所		〒 — — TEL - -			
	⑤ 事業所の名称			⑥ 業務の種別 (業務内容)		
	⑦ 傷 病 名					
	⑧ 発病または負傷年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	⑨ 第三者行為に よるものですか	☐ はい ☐ いいえ
	⑩ 発病の状態又は 負傷原因を詳しく					
	⑪ 療養のために休んだ期間 (請求期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間	
	⑫ 上の期間に報酬は 受けられましたか		☐ はい ☐ いいえ		報酬を受けた期 間及び報酬	年 月 日 ~ 年 月 日 日間 円
	⑬ 「障害厚生年金」または「障害 手当金」を受給していますか		☐ はい ☐ いいえ ☐ 申請中		受給の要因と なった傷病名	
⑭ 老齢厚生年金等を受給して いますか(退職者のみ)		☐ はい ☐ いいえ ☐ 申請中		※年金決定(裁定)通知書の写し及び年金額に変更があった 場合には年金額改定通知書の写しを添付願います。		

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑮ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間	
	⑯ 上の期間中の分として報酬 を支給しました(します)か	☐ 全部支給した(する) ☐ 一部支給した(する) ☐ 現在までも将来も支給しない			
	⑰ 支給した(する)場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間の分として	円 月 日支払	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間の分として	円 月 日支払	
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 〒 - - 事業主 氏名 TEL ()					

令和 年 月 日提出

受付日付印

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑮ 傷 病 名					
	⑯ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑰ 療養の給付を開始した年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑱ 発病または負傷の原因					
	⑳ 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	左の期間中の 診療実日数	日間	
	㉑ 傷病の主状態および 経 過 概 要					
		人工透析または 人工臓器等を 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
㉒ 上の期間中に入院した期 間がある場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入 院 費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他		
うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) 〒 - - 医 師 医 療 機 関 名 氏 名 TEL ()						

*1 ⑪の欄(請求期間)と⑮、⑰は一致するようにご記入ください。
(第1回目は待期期間を含めて請求してください。)

*2 送付前に記載漏れがないか確認し下記の☑をお願いします。

- 《被保険者が記入するところ》
☐ ①～⑭ 全て記入されている(⑭は該当者のみ)
☐ 訂正した場合、請求者の訂正印を押している
- 《事業主が証明するところ》
☐ ⑮～⑰ 記入されている
☐ ⑰で支給ありの場合、⑱記入されている
☐ 訂正した場合、事業主の訂正印を押している
☐ 請求期間分の賃金台帳(給与支払日以降に作成されたもの)が添付されている
☐ 勤務実績表が添付されている

*3 支給金額に関わる箇所の不備があった場合は一度請求書をお返しします。