

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

被保険者（申請者）記入用

社員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者（申請者）情報

被保険者等 記号・番号 (左詰め)	記号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											生年月日 年 月 日 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和						
氏名	(フリガナ)			※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。																					
住所	(〒 —)																								
電話番号 (日中の連絡先)	()		メールアドレス (支給決定通知書送付先)																						

振込先指定口座

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () 銀行コード： 支店コード：			本店 支店 出張所 本所 支所																																					
預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 左詰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。） <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																							口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄

被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	氏名	
			委任者と 代理人との 関係

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者等記号・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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(令3.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	2)	2 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日
				令和 年 月 日
	3)			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 (発病時、または現在の状況、労務に服せない具体的な理由) →負傷原因届を併せてご提出ください。	
4 療養のため休んだ期間（申請期間）		令和 年 月 日	から 日数 まで 日間	
5 あなたの仕事の内容（具体的に） (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬は受けましたか。また今後受けられますか。	☐	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 厚生年金のうち、「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。	☐	1. はい 2. 申請中 3. いいえ
	2-① 「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）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	「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。」	基礎年金番号	年金コード
		支給開始年月日	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、その名称ご記入ください。	☐	1. はい 2. 申請中 3. いいえ
	3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード
	「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。」	支給開始年月日	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。	☐	1. はい 2. 労災申請中 3. いいえ
4-① 「はい」または「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受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

2/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

事業主記入用

労務に服さ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ご記入ください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から		日間	
			令和 年 月 日 まで			
	上記の期間に対して賃金を支給しました（します）か？		☐ はい →（以下に内訳を記入してください） ☐ いいえ			
	報酬の名称	支給対象期間		支給額		
		月 日 ~ 月 日				
		月 日 ~ 月 日				
	月 日 ~ 月 日					
	月 日 ~ 月 日					
	月 日 ~ 月 日					
交通費 （前払い含む）	有・無	令和 年 月 日 から	か月分	精算済みの 場合は	払戻日 月 日	
		令和 年 月 日 まで	円		払戻額	円
上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 年 月 日	
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
					Tel	()

「療養担当者入用」は4ページに続きます。>>>

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

・被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名																																						
傷病名	1)																療養の給付開始年月日(初診日)	1)	令	和	年	月	日															
	2)																	2)	令	和	年	月	日															
	3)																	3)	令	和	年	月	日															
発病または負傷の年月日	令	和	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷																																
労務不能と認めた期間	令	和	年	月	日	から																										発病または負傷の原因						
	令	和	年	月	日	まで	日間																															
うち入院期間	令	和	年	月	日	から	日間	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他															転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医													
	令	和	年	月	日	まで	入院																															
診療実日数	日	診療日を○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	人工臓器等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他 ()																				
上記のとおり相違ないことを証明する。																															令	和	年	月	日			
医療施設の所在地																																						
医療施設の名称																																						
医師の氏名																															Tel	()						

記入例

患者氏名	1)																																					
傷病名	1)	2															療養の給付開始年月日(初診日)	1)	令	和	年	月	日															
	2)																	2)	令	和	年	月	日															
	3)																	3)	令	和	年	月	日															
発病または負傷の年月日	令	和	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷																																
労務不能と認めた期間	令	和	年	月	日	から																										発病または負傷の原因						
	令	和	年	月	日	まで	日間																															
うち入院期間	令	和	年	月	日	から	日間	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他															転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医													
	令	和	年	月	日	まで	入院																															
診療実日数	日	診療日を○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	人工臓器等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他 ()																				
上記のとおり相違ないことを証明する。																															令	和	年	月	日			
医療施設の所在地																																						
医療施設の名称																																						
医師の氏名																															Tel	()						

【被保険者の方へ】

- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、1) から主たる病名を順次ご記入ください。
- 左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

パーソルキャリア健康保険組合

理 事 長 殿

同 意 書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、パーソルキャリア健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

記号一番号 1 —

住 所 〒

氏 名

前勤務先の名称

勤務期間 年 月 日 ～ 年 月 日

前加入健康保険組合の名称

加入期間 年 月 日 ～ 年 月 日