届出種別	
給	6

健康保険　傷病手当金支給申請書①

（　1　回目）

前

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号・番号		②被保険者（申請者）の氏名	③生年月日
1234	567890	（フリガナ）　ケンポ　タロウ 健保　太郎　㊞	平成 ××年 ○月 ○日

④被保険者（申請者）の現住所	〒　234　－　○○○○　　TEL　03　－　○○○○　－　○○○○ 東京都△△区△△　3－○－○		
⑤勤務しているまたはしていた事業所の名称	△△株式会社	⑥標準報酬月額	300千円
⑦ 資格を取得した年月日	平成 26 年 4 月 1 日	⑧被保険者の業務の種別	営　業
⑨ 発病または負傷の年月日	平成 31 年 3 月 31 日	⑩傷病名	椎間板ヘルニア
⑪発病または負傷の原因を詳しく記入してください	家の引っ越し作業中に、荷物を持ち上げた際に負傷した。		
⑫ ⑩の傷病のため就労できない具体的な症状を記入してください	業務に自動車を使用するが、痛みがあるため、運転席への乗り降りが困難であり、 運転姿勢の維持も、10分程度が限度であるため。		
⑬療養のため休んだ期間（申請期間）	平成・令和 31 年 4 月 1 日から 平成・令和 元 年 5 月 1 日まで　31日間	⑭第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ

⑮安田日本興亜健康保険組合に加入してから、上記⑬の休み始めた日まで1年6ヵ月未満ですか	はい ・ いいえ	●「はい」と答えた場合、別紙「健康保険加入状況等確認書」に必要事項を記入の上、必ず提出してください
⑯ 「障害基礎厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	⑰受給している場合、どちらを受給していますか	⑱ ⑯で「はい」・「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名を記入してください
はい ・ 請求中 ・ いいえ	障害基礎厚生年金 ・ 障害手当金	傷病名：脳梗塞

⑲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	はい ・ 請求中 ・ いいえ

●各種年金を受給されている方は、「年金支給額決定通知書」等の写し（年金額が分かる書類）を必ず添付してください。
また“請求中”の方は当該書類を入手したら速やかに提出してください。

※在籍者（お勤めの方）は、必ずこの欄へ記入してください。

委任状の欄

⑳

本申請に基づく保険給付金に関する受領を（事業所名）△△株式会社に委任します。

安田日本興亜健康保険組合　御中　　令和 元 年 ○ 月 ○ 日

被 保 険 者　住所　東京都△△区△△　3－○－○

（申 請 者）　氏名　健保　太郎　㊞

振込金融機関の欄

㉑	店	銀行コード	
		支店コード	
	口座番号	（フリガナ） 口座名義	

受 付 印

※上記の中で当組合に提出すべき書類の確認ができない場合、支給審査を保留します。
また、支給審査上、上記⑮の過去に加入していた医療保険者（健保、国保等）医療機関、事業主等へ確認（照会）を要する場合、支給決定まで時間を要することがあります。

※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合（任意）は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者証の記号・番号に記入した場合は、マイナンバーの記入（備考欄）は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認（運転免許証の写し等）」の書類を添付してください。

備考欄：

安田日本興亜健康保険組合　御中

同　　意　　書

　私は、傷病手当金支給決定審査に際し、貴組合が必要と認めたとき、次の事項について照会することに同意します。

１．貴組合加入前の医療保険者（健康保険組合、国民健康保険等）へ給付記録等を照会すること。

２．傷病の主状態等を医療機関及び療養を担当した医師に意見照会すること。

３．勤怠状況について、勤務している（していた）事業主へ照会すること。

４．各種公的年金の受給、雇用保険法に関する給付の受給等について、日本年金機構（年金事務所)、公共職業安定所へ照会すること。

令和　３　年　○　月　○　日

住　所：東京都△△区△△　３－○－○

氏　名：健保　　太郎

＜療養担当医師等記入用＞

療養を担当した医師が証明するところ

(ケ) 対象者氏名	健保　太郎

(コ)傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	(サ)診療開始日	(平成)・令和　31 年 3 月 31 日
		(シ)発病または負傷の年月日	平成・(令和)　元 年 3 月 31 日

(ス)発病または負傷の原因	荷物を持ち上げる際に負傷した

(セ)労務不能と認めた期間	平成・令和　31 年 4 月 1 日から 平成・令和　元 年 6 月 30 日まで　91日間	診療実日数	10 日間

(ソ)上記(セ)期間のうち入院した期間	(1)平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日まで　日間入院 (2)平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日まで　日間入院

(タ)療養費の別	(健保)・自費・公費・その他	(チ)転帰	治癒・(繰越)・中止・転医	

(ツ)外来診療日（労務不能期間中の外来診療日に○印を付けてください）

日付	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	受診日数
4月						○							○							○							○					4日間
5月	○										○														○							3日間
6月			○												○															○		3日間

	労務不能期間中の主たる症状	治療内容、検査結果、療養指導等（詳細に）	前月（前回期間）の症状との比較
(テ)傷病の主状態、経過状況	腰痛および下肢の痛みと痺れがみられる	問診、レントゲン、下肢伸展挙上テスト、大腿神経伸展テストを実施する。 安静することおよび定期受診	初診時と同様、腰痛と下肢の痛みは強い。

(ト)労務不能と認めた医学的な所見	業務に自動車を使用するが、痛みが軽減しておらず、 運転姿勢を避けるべきものであり、労務不能と認めた。

(ナ)労務不能と認めた期間中の診療実日数が0日の月がある場合は、記入してください	診療実日数0日の月は、受診しないことを承諾若しくは指示をされましたか は　い　・　い い え	「はい」の場合、その理由を記入してください	
(ニ)当該傷病名に対して、処方箋を発行されましたか	(はい)　・　い い え	「いいえ」の場合、その理由を記入してください	

上記のとおり相違ありません。　　令和　元 年 5 月 1 日

〒345－○○○○

医療機関の所在地　東京都××区××0－0－0

医療機関の名称　□□□□病院

医師の氏名　△△　三郎

TEL 03 －0000－ 000

FAX 03 －0000－ 000

＜事業主記入用＞

事業主が証明するところ

（ア）労務に服さなかった期間	平成・令和　31　年　4　月　1　日　から 平成・令和　元　年　5　月　1　日　まで　　31　日間
（イ）給与の体系	月給　・日給　・時間給　・その他（　　）　　支払月　当月　・　翌月

（ウ）出勤日は〇、有給休暇取得日は△、公休日は公、欠勤日は／、休職は休と記入してください。

日付	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	有給日数	無給日数
31年4月	△	△	△	／	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	公	／	／	3	27
31年5月	休	→																														0	31
年　月																																	

（エ）労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を記入してください **※控除前の給与支払額を記入してください**	自　年　月　日			至　年　月　日			日間	支払額	日　額
	31	4	1	31	4	3	3	30，000円	10，000円
	元	5	1	元	5	31	31	0円	0円
								円	円

（オ）労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支払いました（ます）か	はい　・　いいえ

（カ）交通費の支払状況について記入してください	自　年　月　日			至　年　月　日			日間	支払額	支払状況
	31	4	1	31	4	30	30	7，000円	支払済　・　回収済　・　未払
	元	5	1	元	5	31	31	7，000円	支払済　・　回収済　・　未払
								円	支払済　・　回収済　・　未払

●賃金計算方法（欠勤控除計算方法）等について記入してください	有給　4月1～3日分：30，000円 交通費　4月1日～30日：7，000円 5月1日以降支給なし 欠勤控除　平成31年4月分 （基本給）300，000円÷22日×18＝245，454円 ※ただし、交通費は支給している。
（キ）復職について記入してください	平成・令和　元　年　〇　月　〇　日　（予定）　・　未定

上記のとおり相違ないことを証明します。

担当者氏名　××　花子

令和　元　年　〇　月　〇　日

〒321－0000

事業所所在地　東京都△△区〇〇1－0－0

事業主名称　△△株式会社

事業主氏名　□□　二郎

TEL　03　－　0000　－　0000

（注意事項）

１．傷病手当金は給与が支払われない場合の所得保障を目的としています。申請期間が長期になることが予想されるときは、１カ月ごとに申請してください。

２．医師等の労務不能の証明は、療養のため休んだ期間（申請期間）経過後に受けてください。

３．療養のために休んだ期間について、転居や治療の都合上、転院する場合は申請書を複数作成し、各医療機関の医師等に労務不能の証明を受けてください。

４．各記入欄について下記を参照し、記入してください。

申請回数について：表題（「健康保険 傷病手当金支給申請書」）の下にある（　回目）へ当該傷病に係る何回目の申請であるか、その回数を記入してください。
なお、２回目以降の申請の場合、前回申請時と傷病名が変わっていても、関連性がある場合は、前回から続いた回数を記入してください。

①の欄：被保険者証の「記号」、「番号」を記入してください。

②の欄：申請される方の氏名を記入してください。

③の欄：生年月日を記入してください。

④の欄：当組合より郵送物の送付や連絡をさせていただく場合がありますので、必ず連絡が可能な住所および電話番号を記入してください。

⑤の欄：勤務しているまたは勤務していた事業所の名称を記入してください。

⑥の欄：標準報酬月額を記入してください。なお、分からない場合は記入不要です。

⑦の欄：安田日本興亜健康保険組合（旧安田または旧日本興亜健康保険組合を含む。以下「当組合」という。）の資格取得日を記入してください。

⑧の欄：単に事務員、工員と記入せずに、「営業」、「調査員」、「システムエンジニア」、「守衛」、「自動車運転手」等と具体的に記入してください。

⑨の欄：発病または負傷した日付を記入してください。なお、分からない場合は「不明」と記入してください。

⑩の欄：療養を要する傷病名を記入してください。

⑪の欄：発病または負傷の原因について、日時（いつ、何時頃）、場所（どこで）何をしていて等具体的に記入してください。

⑫の欄：申請した傷病により、休んでいる理由（症状や状況等）について具体的に記入してください。

⑬の欄：療養のため休んだ期間を記入してください。（上記２．参照）

⑭の欄：第三者の行為について該当するものに〇印をしてください。なお回答が「はい」の場合、別途「第三者の行為による災害届」等の書類提出が必要となります。

⑮の欄：当組合加入期間について該当するものに〇印をしてください。なお回答が「はい」の場合、別紙「保険加入状況等確認書」に必要事項を記入の上、必ず提出してください。
※提出がない場合、支給審査を保留します（下記添付参照）。

⑯の欄：障害基礎厚生年金の受給について該当するものへ〇印をしてください。

⑰の欄：⑯の欄で「はい」または「請求中」と回答した場合、該当するものに〇印をしてください。

⑱の欄：⑰の受給について、その要因となった傷病名を記入してください。

⑲の欄：老齢または退職を事由とする公的年金の受給について、該当するものに〇印をしてください（※下記添付書類参照）。

⑳の欄：現在、事業所に勤務されている場合、必ず⑳「委任状の欄」に必要事項を記入してください。
なお、この場合は㉑の欄“振込金融機関の欄”の記入は不要です。

㉑の欄：被保険者資格喪失後の申請の場合、必ず㉑の「振込金融機関の欄」を記入してください。
なお、この場合は⑳の欄“委任状の欄”の記入は不要です。

5．医師等は、「療養を担当した医師が証明するところ」に申請期間について、その症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見等を詳細に記入し、証明してください。
なお、証明書等が外国語で記入されている場合、翻訳者の住所・氏名が明記された翻訳文の添付が必要となります。

6．訂正したところは、二重線を引き、訂正印を押してください。

（添付書類）

○申請される方全員
「同意書」は申請する都度必ず提出してください。

○当組合へ加入して 1.5 年未満の方
・健康保険加入状況等確認書（初めての申請時のみ）を必ず提出してください。
・当組合に加入した日から前 1.5 年間に国民健康保険へ加入していたことがある方は、その加入資格を証明する書類（「加入資格証明書」等）を必ず添付して提出してください。
※「加入資格証明書」は市区町村によって名称が異なります。
※入手方法につきましては、お住まいの市役所等へお問い合わせください。

○各種年金を受給されている方は、「年金支給額決定通知書」等の年金額が分かる書類の写しを必ず添付して提出してください。
また“請求中”の方は当該書類を入手したら速やかに提出してください。

○本来受給されるべき被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が申請される場合、被保険者との続柄（関係）が分かる「戸籍謄本」等の書類を添付して提出してください。

<u>※上記中の提出すべき書類の確認ができない場合、支給審査を保留します。</u>