

届出種別
給 6

健康保険 傷病手当金支給申請書

健保使用欄 受給歴 レセプトチェック

1回目 2回目以降

※給与に代わり所得保障として支給されるため、できるだけ1ヶ月ごとに申請してください。

※下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、下記⑬の過去に加入していた医療保険者(健保、国保等)、医療機関、事業主等への確認(照会)をする場合、支給決定まで時間を要することがあります。

被保険者情報	①被保険者証	②被保険者(申請者)の氏名	③生年月日	
	記号 1234 番号 567890	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 ○月 ○日	
	④被保険者(申請者)の現住所・連絡先	〒 234 - 〇〇〇〇 東京都△△区△△〇 - 〇 - 〇	TEL 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	⑤事業所名	△△株式会社	⑥標準報酬月額(健保使用欄)	千円
⑦資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 4月 1日	⑧業種(職種)	営業	
傷病について	⑨発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 12月 1日	⑩傷病名	椎間板ヘルニア
	⑪傷病の原因・症状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療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 4年 12月 1日から 令和 4年 12月 10日まで 10日間		
	⑬当組合に加入してから上記⑫の休み始めた日までの期間は、1年6ヵ月未満ですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●「はい」の場合、別紙「健康保険加入状況等確認書」を必ず提出してください		
⑭第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑮労災保険から休業補償給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
年金について	⑯「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●「はい」または「請求中」の場合、⑰⑱にご回答ください		
	⑰受給している年金の種別	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	⑱受給の要因となった傷病名	
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 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」等の写しを必ず添付してください			

※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 (事業主) △△株式会社 本申請に基づく保険給付金に関する受領を_____に委任します。 安田日本興亜健康保険組合 御中 令和 4年 12月 11日 被保険者(申請者)の氏名 健保 太郎
-------	--

※退職後資格喪失された方は、必ずこの欄へ記入してください。

◇ 任継の方は、当組合に登録済みの「給付金振込先」に振り込むため記入不要です。

振込金融機関	⑳	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 銀行コード
	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支店コード	
<input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 出張所	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 口座番号	口座名義	
<input type="checkbox"/> 当座預金		

受付日付印

※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・番号を記入した場合は、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 4 年 12 月 11 日

住 所： 東京都△△区△△○-○-○

氏 名： 健保 太郎

<事業主記入用>

※(ア)労務に服さなかった期間にかかる「出勤簿」「賃金台帳」等の写しを添付してください。
 ※訂正がある場合は、二重線で抹消し、正しい内容と事業主担当者の氏名(サイン)を記入してください。

(ア) 労務に服さなかった期間	令和 4 年 12 月 1 日 から 令和 4 年 12 月 10 日まで 10 日間																																	
(イ) 給与体系	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()										支払月		<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月																					
(ウ) 出勤日は「○」、有給休暇取得日は「△」、公休日は「公」、欠勤日は「/」を記入してください																																		
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	
令和 4 年 12 月	△	△	公	公	/	/	/	/	/	公																							2	5
令和 年 月																																		
令和 年 月																																		
(エ) 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															<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																			
事業主が証明する	(オ) 労務に服期することができなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況を記入してください			自 年 月 日	至 年 月 日	日間	支払額		控除額																									
				令和 4 年 12 月 1 日	令和 4 年 12 月 10 日	10	27,272 円		68,181 円																									
				令和 年 月 日	令和 年 月 日		円		円																									
				令和 年 月 日	令和 年 月 日		円		円																									
事業主が証明する	(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																									
				令和 4 年 12 月 1 日	令和 4 年 12 月 31 日	31	7,000 円		<input checked="" type="checkbox"/> 支払済 <input checked="" type="checkbox"/> 定期券	<input checked="" type="checkbox"/> 出勤日のみ																								
				令和 年 月 日	令和 年 月 日		円		<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 定期券	<input type="checkbox"/> 出勤日のみ																								
				令和 年 月 日	令和 年 月 日		円		<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 定期券	<input type="checkbox"/> 出勤日のみ																								
事業主が証明する	●賃金計算方法(欠勤控除1計算方法)等について記入してください			○基本給 300,000 円																														
				有給 12 月 1 日、2 日分 = 27,272 円							欠勤 12 月 5 日～9 日分																							
			300,000 円 ÷ 22 日 × 5 日 = 68,181 円																															
事業主が証明する	(キ) 復職状況			<input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 12 月 12 日に復職(予定) <input type="checkbox"/> 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																	
															担当者連絡先		03-○○○○-○○○○																	
															令和 4 年 12 月 15 日																			
事業主所在地 〒 321 - ○○○○ 東京都△△区○○ 1-○-○																																		
事業主名称 △△株式会社																																		
事業主氏名 □□ 二郎															TEL — —																			

<療養担当医師等記入用>

※この書類は医療機関独自の様式でも構いません。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 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	<input type="checkbox"/> 平成	令和 4年 12月 1日																													
					(シ)発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成	令和 4年 12月 1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		令和 4年 12月 1日 から 令和 4年 12月 10日まで 10日間																																	
	(ソ)上記(セ)期間のうち入院した期間		(1)令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間入院 (2)令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間入院																																	
	(タ)療養費の別		<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他			(チ)転帰		<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 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	
			12月	○							○																									2日間
			月																																日間	
		月																																日間		
(テ)傷病の主状態、経過状況		労務不能期間中の主たる症状			腰痛および下肢の痛み、痺れがみられる。			治療内容、検査結果、療養指導等(詳細に)			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。			前月(前回期間)の症状との比較			初診時と比べて痛みや痺れは改善した。																			
(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			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 4年 12月 12日																													
〒 234 - 0000							医療機関の所在地 東京都××区××○-○-○																													
医療機関の名称 □□□□病院							医師の氏名 △△ 三郎																													
							TEL 03 - 0000 - 0000																													