

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		生年月日		被保険者 (フリガナ)
	-		昭和 平成 令和 年 月 日		(申請者) 氏 名
	事業所 の名称				業務の 種 別
	被保険者 の住所 電話番号	〒 - TEL ()			
	傷病名			発病又は負 傷年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	発病の状態又は負傷の 原因を詳しく記入して ください ※ケガの時は『負傷原因届』を 添付してください。	(いつ) 平成・令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃 (何をしていて)			
	傷病又は負傷の療養を するために休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間	第三者行為によるものですか はい・いいえ
	上記期間に報酬を受 けましたか、又は今 後受けられますか	・受 け た ・受 け ない ・今 後 受 ける	報酬の支払を受けた(今後受 ける)ときはその報酬の額 と、その報酬支払の基礎とな った(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として	円
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい・請求中・いいえ ※はい・請求中の時は下記も記入してください			
	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名				
	支給開始年月日	年 月 日	年金額	円	基礎年金番号
	労災保険から休業補償給付を受給していますか	はい・請求中・いいえ			
	し 方 は 必 ず 記 入 の 資 格 喪 失 者 の 入 力 を 必 ず し て く だ さ い	老齢又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		
		老齢又は退職年金の名称			
		老齢又は退職年金の年金額	円		
雇用保険から失業給付を受給していますか		はい・請求中・いいえ			

- ※ 1. 未記入の箇所がある場合、申請書をお返しすることがあります。
 2. 必要に応じて、追加で関係書類を提出していただくことがあります。
 3. 傷病手当金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することがあります。
 4. 傷病名がケガの時は『負傷原因届』を添付してご提出ください。
 5. 障害年金を受給している方は年金額のわかる年金裁定通知書等の写しを添付してください。
 6. 資格喪失者の方で老齢年金を受給している方は年金額のわかる年金裁定通知書等の写しを添付してください。

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日	
	住所	
	被保険者の (申請者) 氏名	
	事業所所在地 委任された者の 事業所名称 事業主氏名	

令和 年 月 日 提出

健保受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(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。)

備考欄	
-----	--

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																
	労務に服さなかった期間	就労状況（出勤は○ 欠勤は× 有給は△ 公休は公 でそれぞれ表示してください）																															
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 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
		年 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
		年 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
	1ヶ月の基本給・諸手当の額 （支給の有無に関係なく記入）	基本給や諸手当の支給状況（給料の締切単位に記入してください）			給与の種類																												
	基本給(月給・日給・時間給) 円	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 給・日給月給 時間給・日 給 その他（ ）																									
	住宅手当 有り・無し (1カ月 円)	円	円	円	円	円	円	給料締切日と支払日																									
	通勤手当 有り・無し (1カ月 円)	円	円	円	円	円	円	日給																									
	家族手当 有り・無し (1カ月 円)	円	円	円	円	円	円	当月・翌月 日払																									
	手当 (1カ月 円)	円	円	円	円	円	円																										
	手当 (1カ月 円)	円	円	円	円	円	円																										
	出勤日数	日間	日間	日間	日間	日間	日間																										
	欠勤日数	日間	日間	日間	日間	日間	日間																										
	有給日数	日間	日間	日間	日間	日間	日間																										
賃金計算方法 (欠勤控除等計算方法) (具体的に記入してください)																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 (記載者氏名) 事業名称 事業主氏名 電話番号 () -																																	

※①第1回目の申請のときは賃金台帳の写しと出勤簿の写しを添付してください。第2回目以降の申請のときも給与支給がある場合は該当期間の賃金台帳の写しと出勤簿の写しを添付してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名					
	傷病名			発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日		
	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	左の期間中の 診療実日数	日	
	上記期間のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入院の 費用の別	健保・公費 自費・その他	
	傷病の主状態及び経過概要 (詳しく記入してください)	①労務不能と認められた期間における、主たる症状および経過、治療内容、検査結果、療養指導等				
		②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			
		ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー オ.人工透析 カ.その他 ()				
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 (所在地・名称はゴム印でお願いします)					
	医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 () -					