1 2 3 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者の	記号　番号	生年月日　昭和・平成　年　月　日
氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
住所	〒　－	
電話番号	日中の連絡先 TEL　－　－	携帯・勤務先・自宅

振込先指定口座

金融機関名称	銀行・金庫・信組・農協		支店・出張所・本店・代理店・支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
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)	口座名義の区分	申請者・代理人

「代理人」の場合は必ず記入してください。

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）	〒　－　TEL　－　－ 住所 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者・療養担当者記入用」は２ページに続きます。〉〉〉

被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(R6.12)

組合使用欄　支給決定伺			資格取得	昭和・平成・令和　年　月　日	支給額	拾万　万　千　百　拾　円
伺			資格喪失	令和　年　月　日		
			支給開始	令和　年　月　日	支給期間	令和　年　月　日 から 年　月　日　日間
			報酬月額	平均月額・組合平均 円	詳細は傷病手当金計算書のとおり	

滋賀県自動車健康保険組合

健康保険　傷病手当金　支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請内容

1 傷病名	1) 2) 3)	2 発病または負傷年月日	平成・令和　年　月　日 平成・令和　年　月　日 平成・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。	病気 → （発病時の状況） ケガ → 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 令和　年　月　日 まで	日数 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)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	はい　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 「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	いいえ　請求中　はい → 障害厚生年金 / 障害手当金
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。 「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。	傷病名 基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日 □平成 □令和　年　月　日　年金額　円
3 （健康保険の資格を喪失した方のみ）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。	いいえ　請求中　はい → 名称
3 -① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 「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 □平成 □令和　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	はい　いいえ　労災請求中
4 -① 「はい」または「労災請求中」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。〉〉〉

健康保険　傷病手当金　支給申請書

事業主記入用

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と、その期間前1ヶ月の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

事業主が証明するところ　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勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名	

勤務状況 【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は／】で、それぞれ表示してください。		出勤	有給
令和　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	日	日
令和　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	日	日
令和　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	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	はい / いいえ	給与の種類	月給 / 時間給 / 日給 / 歩合給 / 日給月給 / その他	賃金計算	締日	日
					支払日	当月 / 翌月　日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した（する）賃金内訳	期間 / 区分	単価	月　日～ 月　日分	月　日～ 月　日分	月　日～ 月　日分
	基本給				
	通勤手当				
	扶養手当				
	住居手当				
	現物給与				
	計				

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。	

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話　（　　）

「療養担当者記入用」は４ページに続きます。〉〉〉

健康保険　傷病手当金　支給申請書

療養担当者記入用

申請内容

患者氏名			
傷病名	1) 2) 3)	療養の給付開始年月日（初診日）	1) 平成・令和　年　月　日 2) 平成・令和　年　月　日 3) 平成・令和　年　月　日
発病または負傷の年月日	平成 令和　年　月　日　発病・負傷	発病または負傷の原因	
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		
うち、入院期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間入院	療養費用の別	健保　公費（　　） 自費　その他
		転帰	治癒　中止 継越　転医

診療実日数	診療日を〇で囲んでください。
日	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）

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腎臓を装着したとき	人工透析を実施または人工腎臓を装着した日　平成・令和　年　月　日	人工腎臓等の種類	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（　　）

上記のとおり相違ありません。　　令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　　　　電話　（　　）