

健康保険傷病手当金申請書(回目)

※ 出勤簿 賃金台帳 照合者印

年 月 日提出

◆記入の方法は裏面を参照してください。
◆記入内容等を訂正する場合は、二重線で抹消し、各欄の記入者が訂正してください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 被保険者(申請者)氏名	
	③ 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	④ 事業所名	(既に退職している場合は退職前の事業所名)
	⑤ 被保険者(申請者)の現住所	〒 電話(日中の連絡先) ()		
	⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	⑦ 被保険者の仕事の種類(詳しく)	(既に退職している場合は退職前の仕事の種類)
	⑧ 発病または負傷年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	⑨ 傷病名	
	⑩ 発病または負傷の原因を詳しく	(年 月 日() 午前・午後 時 分頃 負傷・発病)		
	⑪ 申請期間の症状および経過を詳しく			
	⑫ 疾病または負傷の療養をするために休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	
	⑬ (1) うえの⑫の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか	ア. 受けた イ. 受けない ウ. 受けられる エ. 受けられない		
	⑬ (2) 報酬を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	円
⑭ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について	(1) 受給していますか	ア. 受給中(受給予定) イ. 申請中または申請予定 ウ. 受給していない		
	(2) うえの回答が「ア」または「イ」の場合記入してください	受給の要因となった(なる)「 傷病名 」	受給開始(予定)年月または申請年月 平成 年 月 令和 年 月	
	* 傷病手当金と同一の傷病および期間に「障害厚生年金等」を受給した(する)場合は、「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」を添付してください。			
⑮ 資格喪失(退職)の方で、退職を事由とする公的年金を受給していますか	ア. 受給中(受給予定) イ. 申請中または申請予定 ウ. 受給していない			
* 受給している場合は、年金額のわかる通知書等の写しを添付してください。				
⑯ 傷病手当金と同じ期間中に労災保険から休業補償給付を受けていますか	ア. 受給中(受給予定) イ. 労災請求中(予定) ウ. 受給していない			
⑰ 振込口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	口座名義	(フリガナ)	預金種別 普通 当座	支店番号 口座番号

* 被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑱ 委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		東京金属事業健康保険組合 受付日付印
	住所			
	氏名	Ⓜ		
	受領代理人	住所		
	氏名	Ⓜ (被保険者のⓂと別のⓂを押してください)		
委任者と代理人との関係	電話	()		

※「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳・出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。
また、申請期間中の「通勤手当等」が支給されている場合は、支給されたときの賃金台帳の写しを添付してください。
なお、2回目の申請以降にも給与等の支払いがある(あった)場合は、その期間の賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	⑲ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	ただし (具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く は有給休暇	
	⑳ 職場復帰しましたか	ア 欠勤中(証明日現在) イ 月 日から出勤 ウ 月 日付で退職	⑲ 締切日 支払日	(当月・翌月) 報酬の支払い形態 ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()	
	㉓ ⑲の期間中の分として報酬を全額又は一部支給した場合、又はする場合	年 月 日から 年 月 日までの分として	円(月 日支払)		
		年 月 日から 年 月 日までの分として	円(月 日支払)		
年 月 日から 年 月 日までの分として		円(月 日支払)			
㉔ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
㉕	事業所所在地 事業所名 事業主氏名 電話番号				

療養担当者が意見を書くところ	⑳ 患者氏名																			
	㉗ 傷病名	(1)	㉘ 療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 年 月 日																
		(2)		(2) 年 月 日																
		(3)		(3) 年 月 日																
	㉙ 発病または負傷年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日	㉚ 発病または負傷の原因																	
	⑳ 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																
	㉛ ⑳の期間中の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	㉜ 療養費用の別 ⑳ 転 帰 治療 繰越 中止 転医	健保	自費	公費	その他												
	㉝ 診療実日数(入院期間含む)	日間	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
					月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
				月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
(1) ㉛の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください。																				
㉞ (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についてご記入ください。																				
(3) 就労の見込みについて (ア) 月 日頃から就労可能の見込み (イ) 現時点では不明																				
㉟ 人工透析を実施または人工臓器を装着したときに記入する欄	A 人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日																		
	B 人工臓器等の種類	ア 人工肛門 オ 人工透析	イ 人工関節 カ その他 ()	ウ 人工骨頭	エ 心臓ペースメーカー															
㊱	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日																			
㊲	医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 電話番号																			