記入例

健康保険傷病手当金申請書（ 1 回目）

※ 出勤簿 賃金台帳 照合者印

年 月 日提出

◆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。
◆記入の方法は裏面を参照してください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号	記号 111 / 番号 5555	② 被保険者（申請者）氏名	金属 健太郎
③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 6年4月23日	④ 事業所名	（既に退職している場合は退職前の事業所名）△△〇〇金属(株)
⑤ 被保険者（申請者）の現住所	〒 101−0000	電話（日中の連絡先）	090（1234）XXXX
	東京都千代田区□◇〇町100−100		
⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和 29年4月1日	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）営業
⑧ 発病または負傷年月日	昭和 平成 令和 5年6月3日	⑨ 傷病名	胃潰瘍
⑩ 発病または負傷の原因を詳しく	（令和 5年 6月 3日（土） 午前・午後 11時 30分頃 負傷・発病） 自宅にて急に激しい胃痛が起こり病院へ受診した		
⑪ 申請期間の症状および経過を詳しく	6/3〜6/8入院し、検査と服薬で治療 以後、自宅にて療養していた		
⑫ 疾病または負傷の療養をするために休んだ期間	令和 5年6月3日から 令和 5年6月12日まで		10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 5年6月5日から 令和 5年6月5日まで		の分として 10,000円（別途通勤手当あり）
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		
⑭ (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 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	4321	金融機関名	△△△ 銀行 信金 信組 農協	▲▲▲ 本店 支店 出張所	
口座名義（カタカナで記入）	キンゾク ケンタロウ	預金種別	支店番号	口座番号	
		普通 当座	123	4567890	

＊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

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

被保険者（申請者）	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 （ ）

東京金属事業健康保険組合 受付日付印

R6.12.2

※「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ケ月分の賃金台帳・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 5年6月3日から 令和 5年6月12日まで	10日間 ただし 出勤のため除く（具体的な日付を記入してください） 6/5 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 6月13日から出勤 ウ 月 日付で退職	㉑ 報酬の締切日 20日締め 支払日 当月 25日払い 翌月 ㉒ 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	令和5年6月5日から 令和5年6月5日までの分として	有給休暇分 10,000円（6月25日支払）
	令和5年4月1日から 令和5年9月30日までの分として	通勤手当 60,000円（3月25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	現在までも、また将来も支給しない	

㉕ うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 5年6月20日

事業所在地 113−0000 東京都文京区〇〇町3−2−1
事業所名 △△〇〇金属(株)
事業主氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇
電話番号 03−××××−××××

療養担当者が意見を書くところ

㉖ 患者氏名 ㉖〜㊲欄は医師に記入してもらってください

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 令和 年 月 日	㉛ 発病または負傷の原因	
㉚ 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
㉜ ㉚の期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	㉝ 療養費用の別 転帰	健保 自費 公費 その他 治癒 繰越 中止 転医

㉞ 診療実日数（入院期間含む） 日間 診療日を〇で囲んでください

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

(1) ㉚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。

㉟ (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

㊱ 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 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（ ）

㊲ うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名称
医師の氏名
電話番号