

6	3	1
---	---	---

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 3 回)

①記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
 ②「捺印欄」は記入しなさい。
 ③「捺印欄」は記入しなさい。
 ④「捺印欄」は記入しなさい。
 ⑤「捺印欄」は記入しなさい。

⑦ 被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	
15 000215		000215	
⑥ 被保険者(申請者)の氏名と姓		⑧ 被保険者の資格を取得した年月日	⑨ あなたのしていた仕事の内訳
小島正男		平成 XX年 3月 16日	事務 (事業所名称) 東京商社
② 被保険者(申請者)の住所		⑩ カラダエシワキタホンマチ 5-9-101	
〒113 0049 東京都荒川区西日暮里5-9-101		電話 049 (227) 1234	
⑪ 1) 肝臓癌		⑫ 初診日	
2) 3) 不詳		平成 XX年 3月 1日	
⑬ 老人保健法の医療を受けたとき		⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき	
不詳		不詳	
⑮ 発病時の状況を詳しく(有傷の場合は裏面⑯を記入してください。)		⑰ 第三者行為によるものですか	
不詳		⑱ いいえ 1: はい	
⑲ 療養のための休んだ期間(申請期間)		⑳ 療養のため休んだ期間(申請期間)	
平成XX年 3月 1日から 平成XX年 3月 25日まで		25 日間	
㉑ 上の㉒に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		㉓ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円
㉒ 受けた 受けない 受けられる 受けられない		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円	
㉔ 療養生活年金又は障害年金を受給していますか。		㉕ 療養生活年金又は障害年金の受給の事由となった傷病名	
いいえ 請求中 はい		健康年金番号	
㉖ 上の㉗の欄で「はい」の方は、右欄を記入してください。		年金コード 支給開始年月日 年金額	
年金失業者及び任意継続被保険者の方		年金コード又は記号番号もしくは番号	
㉘ 労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金の申請ですか。		請求(支給)労働基準監督署名	
いいえ 労災請求中 はい		請求(支給)労働基準監督署名	
㉙ 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。		平成 年 月 日提出	
被保険者(申請者) 住所氏名		委任者との関係	
代理人の氏名と印		代理人の住所	
代理人の住所		電話	

社会保険労務士の
提出代行書用

○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付して下さい。

① 労務に阻さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。）		出勤	有給				
××年3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	計	0日 0日				
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	計	日 日				
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	計	日 日				
労務につかなくなった期間のうちの賃金支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く） (1) 支給しない 現在も労務も支給しない場合はその理由を記入してください。 給与規定第0条により支給しない (2) 全部または一部支給した（する）場合はその内訳		賃金計算					
		終日	20 H				
		支払日	25 H				
② 支給した（する）内訳	支給期間	金額支給	一部支給	一部支給	支払日	給与の種別 (○で囲んでください)	
	区分	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日		
	基本給				月 日		月 給 日 給 月 給 時 間 給 歩 合 給 そ の 他
	家族手当				月 日		
	手当				月 日		
	手当				月 日		
	手当				月 日		
優待給与				月 日			
計							
上記のとおり相違ないことを証明します。		担当者氏名	山田花子				
平成 年 月 日	事業所所在地 豊島区大塚1-2-3		代表取締役 山田太郎				
	事業所名称 株式会社 東京商會		電話 03 (4321) 1234				
	事業主氏名		印表				

患者氏名	小島正男																																																																																																		
傷病名	(1)	肝臓癌																																																																																																	
	(2)																																																																																																		
	(3)																																																																																																		
療養の給付開始年月日	平成××年12月26日	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) ××年12月26日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日																																																																																																
発病または負傷の年月日	平成××年12月26日	発病または負傷の原因	不詳																																																																																																
① 労務不能と認められた期間	××年3月7日から25日まで 25日間	療養費用の別	健保 自費 公費 () その他																																																																																																
② ①のうち入院期間	××年3月7日から25日 入院	転 籍	治中 離職 中止 転医																																																																																																
診療科目	診療科目を○で囲んでください	<table border="1"> <tr> <td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>		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
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																																																																				
③ ①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(くわしく)	手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日																																																																																																		
症状経過からみて従来の療養について労務不能と認められた医学的な所見																																																																																																			
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成 年 月 日																																																																																																	
	人工臓器等の種類	ア、人工心臓 イ、人工腎臓 ウ、人工骨髄 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																																																																																																			
平成 年 月 日	医療機関所在地	川越市豊田本183																																																																																																	
	医療機関の名称	川越第二病院																																																																																																	
	医師の氏名	川上 敏子																																																																																																	
		印表 電話 0492 23 1234																																																																																																	