健康保険　傷病手当金　支給申請書　【第　　回】

1　2　3

被保険者 記入用

※被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です

個人番号記載欄

被保険者	被保険者等	記号		番号			
	氏　名				生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日(　　歳)	
	住　所	〒　　－				(TEL　　－　　－　　)	
申請内容	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		日間	被保険者の業務内容		
	傷 病 名				発症年月日	令和　　年　　月　　日	
提出の委任		□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（※委任する場合は☑）					

確 認 事 項	確認事項の回答が「はい」または「申請中」の場合
今回の「傷病手当金」申請は負傷（ケガ）による申請ですか？ □ はい　□ いいえ	第三者行為、または交通事故によるケガですか？　□ はい　□ いいえ 【いつ、どこで、どのようにケガをしたのか、状況を記入してください。】 負傷年月日：令和　　年　　月　　日（午前・午後　　時　　分頃） どこで どのように
「老齢基礎年金」「老齢厚生年金」を受給していますか？ □ はい　□ いいえ　□ 申請中	【受給開始】　　年　　月 から受給　（年額　　円）
「障害基礎年金」「障害厚生年金」「障害手当金」を受給していますか？ □ はい　□ いいえ　□ 申請中	【受給開始】　　年　　月 から受給　（年額　　円） 【受給対象となる傷病名を記入してください。】　傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿

振込指定口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用することはできません。			
	金融機関	銀行 ・ 信組 信金 ・ 農協	本店 支店 ・ 出張所	
	口座番号	□ 普通 □ 当座	口座名義（カタカナ）	

給付金の受取りを代理人に委任したい場合	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	
	被保険者 氏名　　印	被保険者住所は上記の住所と同じ
	代理人 住所　　(TEL　　－　　－　　)	
	代理人 氏名　　印	被保険者と代理人の関係

提出年月日　令和　　年　　月　　日

【健康保険組合 記入欄】

資格取得日	年　月　日	支給期間	自　年　月　日	合計	× ＝
資格喪失日	年　月　日		至　年　月　日	日	× ＝
報酬月額	年　月　千円 年　月　千円	減額不支給期間	自　年　月　日	合計	支給額　百　十　万　千　百　十　円
手当金日額	円		至　年　月　日	日	

千葉県建設業健康保険組合

健康保険　傷病手当金　支給申請書

1　2　3

医療機関 証明書

（記号　　番号　　）

患者氏名			
傷病名		発病または負傷の原因	
		発病または負傷年月日	令和　年　月　日
		療養の給付開始日	令和　年　月　日
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	左記期間中の診療実日数	日間
上記期間中の入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	転帰	☐ 治癒 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 転医
		費用の別	☐ 健保 ☐ 自費 ☐ 公費(　　)

担当医師意見欄

上記の「労務不能と認めた期間」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

症状及び経過から、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

人工透析開始日	令和　年　月　日	人工臓器等の種類	☐ 人工肛門　☐ 人工関節　☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー　☐ その他(　　)
人工臓器装着日	令和　年　月　日		

上記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

担当医師 氏名　　印　　(TEL　—　—　)

千葉県建設業健康保険組合

健康保険　傷病手当金　支給申請書

1　2　3

事業主 証明書

※申請期間にかかる「賃金台帳」「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名	

療養により労務に服さなかった日に ○ をしてください。(有給休暇には △ をしてください)																	内訳		
令和　年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日
令和　年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日
令和　年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日

上記期間に給与を支給しましたか？	□ はい □ いいえ	給与形態	□ 月給　□ 時間給 □ 日給　□ 歩合制 □ 日給月給　□ その他	給与締日	日
				給与支払日	□ 当月 □ 翌月　日

上記期間に給与を支給した場合は、支給した内訳を記入してください。

給与計算方法（欠勤控除計算式等）についてご記入ください。

支給した給与	期間 / 内訳	年　月分 /　～　/ 日分	年　月分 /　～　/ 日分	年　月分 /　～　/ 日分	日額
	基本給				
	資格手当				
	家族手当				
	通勤手当				
	現物給与 (　　)				
	総支給額				

担当者＿＿＿＿＿＿

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　(TEL　—　—　)

社会保険労務士提出代行者氏名 (連絡先)	(TEL　—　—　)

千葉県建設業健康保険組合