

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (初回・継続)

(被保険者記入用) 1/3

※【ご注意ください】在職中の方は、お勤めの会社経由で申請してください。

被保険者情報	被保険者等※	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ( )
	事業所名称	所在地	

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

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。 氏名	令和 年 月 日
	代理人	住所(会社所在地) 〒 氏名	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 会社関係 <input type="checkbox"/> その他( )

申請内容	傷病名	発病又は 負傷年月日	平・令 年 月 日
	発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	注1:発病の状態又は負傷の原因を詳しく、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていた等[1H5W]、具体的に記入してください。 注2: 作事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。	
	仕事の内容(具体的に)	退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。	
	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
	上記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	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額 令和 年 月 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで 円
	障害厚生年金又は障害 手当金を受給していますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等 傷病名 年金の <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 種類 <input type="checkbox"/> 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円
	「退職した方」 老齢又は退職を事由と する公的年金を受給して いますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 年金の名称や基礎年金番 号等 年金の名称 年金額 円 基礎年金番号
労災保険から休業補償 給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 請求先の労働基準監督署 労働基準監督署	

同意書

私は、この傷病手当金の請求に関し、東京港健康保険組合が必要とする事項(個人情報を含む)について、関係機関に対して、同健康保険組合が照会ならびに必要な範囲内で照会に関する説明を行い、回答・提供を受け、また、関係機関が情報提供することについて同意します。(自署の場合は、押印省略可)  
記入日 令和 年 月 日 被保険者氏名 印

受付日付印

## 添付書類

- 傷病の原因が外傷性のケガの場合は「負傷の原因について」、第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- 障害厚生年金・障害手当金を受給している場合、また退職後に老齢年金を受給している場合は、傷病手当金と調整になるため、年金証書、これに準ずる書類の写し、年金額改定通知書等を添付してください。
- 労務不能期間中の診療実日数が0日間だった場合は、別紙「日常生活状況申立書」の提出が必要です。

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

(令6.12)

東京港 健康保険組合

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および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名															
	勤務状況 出勤は○印で、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			
	令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	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	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。						
													<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい					
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算		締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日							
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月	日から	月	日から	月	日から										
				月	日分	月	日分	月	日分										
				支給額			支給額			支給額									
		基本給																	
		通勤手当																	
		手当																	
		手当																	
		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します。 令和 年 月 日																			
所在地																			
事業所名称																			
事業主氏名 電話番号 ( )																			

【記入上の注意事項】

- 第一回目の請求の際には請求期間全部に係る賃金計算期間(賃金締切毎の期間)の出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。また、二回目以降も報酬を受けている場合は同様に出勤簿・賃金台帳の添付が必要です。
- 消えるペン、鉛筆、修正テープは使用しないでください。
- 訂正がある場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者のサインをご記入ください。

医師等 が意見 を記入 する ところ	患者氏名														
	傷病名	1)						療養の給付 開始年月日 (初診日)	1) 平・令	年	月	日			
		2)							2) 平・令	年	月	日			
		3)							3) 平・令	年	月	日			
	発病又は 負傷年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因								
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日	から	診療実日数	日 (労務不能期間中の診療日数)							
		令和	年	月	日	まで							日間		
	うち入院期間	令和	年	月	日	から	転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医							
		令和	年	月	日	まで							日間		
	主たる症状及び経過 (できる限り詳しくご記入ください。)														
この期間の 傷病状態															
この期間の 治療状況															
前月の症状 との比較															
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所見 (必ずご記入ください。)															
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき						記載内容について相違ありません。						令和	年	月	日
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日						所在地									
平・令						医療機関名									
年						医師氏名						④			
月						電話番号						( )			
日															
人工臓器等の種類															
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭															
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析															
<input type="checkbox"/> その他 ( )															

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。