

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第 回目）

（被保険者記入用）

被保険者情報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称		
	③氏名	(フリガナ)			④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	〒			⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
					⑦提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	コード番号	⑨預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()	
		支店・本店・出張所 その他()	コード番号	⑩口座番号		
	⑪口座名義 (カタカナで記入)				⑫口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
	⑬公金受取口座	☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	⑭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	
		⑮代理人 (口座名義人)	氏名	
			住所	
			氏名 被保険者との関係()	

申請内容	⑯労務不能とする傷病名	1)		⑰発病又は 負傷年月日	平・令 年 月 日
		2)			平・令 年 月 日
		3)			平・令 年 月 日
	⑱発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	☐ 1. 病気 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。			
	⑲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。			
	⑳療養のため休んだ期間 (申請期間)	平・令 年 月 日 から	日間		
		平・令 年 月 日 まで			
	㉑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	平・令 年 月 日 から 報酬額	
				平・令 年 月 日 まで	円
	㉒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 ☐ 障害厚生年金 種類 ☐ 障害手当金
			基礎年金番号	年金額 円	
㉓「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		
			基礎年金番号	年金額 円	
㉔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		

注：この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

事業主が証明するところ

②⑤被保険者氏名

②⑥労務に服さなかった期間

平・令 年 月 日 から
平・令 年 月 日 まで 日間

出勤 有給
日 日

②⑦この期間に対し賃金を支給しました(します)か。
☐ はい ☐ いいえ

被保険者の

②⑧給与の種類
☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給月給
☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ その他()

②⑨賃金計算
給与締日 日 支給日 ☐ 当月 ☐ 翌月 日
勤怠締日 日 控除日 ☐ 当月 ☐ 翌月 日

支給期間	区分	単価	支給額の計算式	支給額	備考

支給した(する)賃金内訳

欠勤控除の計算式

通勤手当・交通費(前払含む)
※欠勤分が未精算の期間を記入してください。

令和 年 月 日～
令和 年 月 日分として() 円

担当者氏名

担当者連絡先 ()

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 ()

事業主のみなさまへ 申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

* 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。

記入例

①被保険者氏名 健保 太郎

②⑥労務に服さなかった期間

平・令 5 年 4 月 1 日 から
平・令 5 年 4 月 30 日 まで 日間 0 日

出勤 有給
3 日 ☒ はい ☐ いいえ

②⑦この期間に対し賃金を支給しました(します)か。
☒ はい ☐ いいえ

被保険者の

②⑧給与の種類
☒ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給月給
☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ その他()

②⑨賃金計算
給与締日 末日 支給日 ☐ 当月 ☒ 翌月 16 日
勤怠締日 末日 控除日 ☐ 当月 ☒ 翌月 16 日

支給期間	区分	単価	支給額の計算式	支給額	備考
4月1日 4月3日 3日間	資格手当	10,000	10,000 ÷ 20日 × 有休3日	1,500	1～3日以外は欠勤控除
" " "	有休	300,000	なし	45,000	"
4月1日 4月30日 30日間	扶養手当	20,000	なし	20,000	全額支給
" " "	通勤手当	72,000	72,000 ÷ 6ヶ月	12,000	"

記載しきれない場合は、賃金台帳等の別紙に記載してください。

欠勤控除の計算式 (基本給 + 資格手当) ÷ 20日 × 欠勤日数

通勤手当・交通費(前払含む)
※欠勤分が未精算の期間を記入してください。

令和 5 年 4 月 1 日～
令和 5 年 9 月 30 日分として(72,000) 円

担当者氏名 ○○ ○○

担当者連絡先 △△△ (□□□□) ××××

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 5 年 7 月 15 日

所在地 東京都墨田区△△ 1-2-3
事業所名称 ○○○○株式会社
事業主氏名 ○○ ○○

電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○

- ① 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。
(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日と控除日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における有給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、**支給額の計算式**や**欠勤控除の計算式**を必ずご記入ください。

医師等が意見を記入するところ

⑩被保険者氏名			⑪転 帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医	
⑫労務不能と認めた傷病名	1)		⑬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
⑭発病又は負傷年月日	平・令	年 月 日 ☐ 発病 ☐ 負傷	⑮発病又は負傷の原因		
⑯労務不能と認めた期間	平・令	年 月 日 から	⑰うち入院期間	平・令	年 月 日 から
	平・令	年 月 日 まで 日間		平・令	年 月 日 まで 日間
⑱診療実日数	日	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			
⑲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					
⑳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。）					
㉑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 平・令 年 月 日		所在地			
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 ☐ 人工透析 ☐ その他（ ）		医療機関名			
		医師氏名			
		電話番号（ ）			

＊ 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。

初回（1回目）の申請時には必ず提出してください。

同 意 書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、東京電子機械工業健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所および負傷に関わった団体等に対して東京電子機械工業健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、東京電子機械工業健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について東京電子機械工業健康保険組合に対して一切の意義・請求等の申し立てをいたしません。

なお、本書の写しも有効といたします。

令和 年 月 日

〒 ー

住 所

被保険者氏名

記号（ ） 番号（ ）

【参考：健康保険法】

第 59 条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めた時は、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合は、当該被扶養者を含む。第 121 条においておなじ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問、若しくは診断させることができる。

第 121 条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第 59 条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

初回(1回目)の申請時に、当組合加入から
2年以内の場合は記載してください。

前歴確認書

この書類は、あなた様が当組合に加入される前の健康保険組合に給付記録等を照会するために使用いたします。
下記の事項について記入をお願いします。

被保険者証 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名	(旧姓:)
被保険者住所	〒 TEL - -		
前 歴			
○ 当組合に加入される前の直近2年間の勤務先、健康保険組合等を空白期間が無いように全ての加入状況をご記入ください。 なお、勤務がない場合は2～4を選択していただき、その期間をご記入ください。未加入の場合は、年金加入記録を添付してください。(お住まいの管轄の年金事務所にご依頼いただき、提出してください。) ○ 加入していた健康保険の名称、記号・番号等がわからないときは、勤務していた会社にお問い合わせください。 1. 勤務先について (1) 勤務先の名称 _____ 所 在 地 〒 _____ 勤務した期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 加入していた健康保険 名 称 _____ 所 在 地 〒 _____ 被 保 険 者 証 記号() 番号() 任意継続被保険者の場合 任意継続期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 被 保 険 者 証 記号() 番号() (1) 勤務先の名称 _____ 所 在 地 〒 _____ 勤務した期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 加入していた健康保険 名 称 _____ 所 在 地 〒 _____ 被 保 険 者 証 記号() 番号() 任意継続被保険者の場合 任意継続期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 被 保 険 者 証 記号() 番号() 2. 健康保険の被扶養者になっていた (被扶養者の期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) 3. 国民健康保険に加入していた (加 入 期 間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) 4. 加入していなかった (未加入の期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)			

負傷原因届

傷病の原因が負傷(捻挫・打撲・擦傷・打ち身等)の場合は下記に必要な事項を記入してください。

診療開始日 年 月 日

医療機関名

負傷年月日	① 年 月 日 () 1. 出勤日 2. 休日(出勤日以外) 3. その他()
	②午前・午後 時 分頃 上記の時間 → 1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 私用中 5. 通勤・帰宅途中(寄り道 あり・なし) 6. その他()
負傷したときの状況 (場所・原因)	③ケガ(負傷)した場所はどこでしたか 会社内・路上・駅構内・自宅・その他()
	④ケガ(負傷)した原因で次にあてはまる場合がありますか 交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場の行事・行事以外) 動物による負傷(飼い主 有・無) ・ あてはまらない
	⑤「上記④」にあてはまる原因がある場合 相手 有 → あなたが被害者 → ※⑦⑧をご記入ください。 無 → あなたが加害者 ※「有」と答えた場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。 (詳しくは東京電子機械工業健康保険組合 医療課にお問い合わせください。)
	⑥何をしようとしたときに、どこを、どう負傷したのか具体的にご記入ください。
負傷原因が 第三者行為に よる場合 (交通事故等)	⑦相手(住所・氏名・連絡先)
	⑧相手との対応(示談等)
上記の負傷について、他の医療機関等での受診の有無	⑨他の医療機関等での受診 → 有・無 ※「有」の場合は以下にもご記入ください。 ・受診 通院(日) ・ 往療(日) ・受診した医療機関等 病院 ・ 医院(クリニック) ・ 鍼灸 ・ マッサージ ・受診した医療機関名 ()