

組合記入欄	支給額								円	備考 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">記入例</div>			
	支給期間	自	令	年	月	日	至	令	年		月	日	日間
	不支給期間	自	令	年	月	日	至	令	年		月	日	日間

**健康保険 傷病手当金支給申請書** (第 1 回目)

※初回申請時は、別紙の「同意書」を提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1234 番号 56	フリガナ 被保険者の 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎				
	事業所の名称	○×歯科医院						
	被保険者の 現住所	〒○○○-××××		東京都豊島区上池袋○-○-○		電話番号 ○○-××××-××××		
	被保険者の 資格を取得 した年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和	被保険者の 仕事の内容	衛生士				
	発病または 負傷の年月日	平成 令和 5年 2月 14日	傷病名	鎖骨骨折				
	発病の状態 または負傷の 原因を詳しく	子供とスケートをしているとき、誤って転倒し負傷						
	傷病または負傷の療養 をするために休んだ期間 (申請期間)	令和 5年 2月 14日から 令和 5年 2月 24日まで	11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 令和 年 月 日まで	の分として 円					
	障害厚生年金または障害手当金 を受給していますか。	はい	請求中	いいえ			円	
	健康保険の資格を喪失し た方は記入してください。	老齢また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			円
	今回の申請は労災保険 から休業補償給付を受け ている期間のもの ですか。	はい	請求中	いいえ			「はい」「請求中」の場合、請求先の 労働基準監督署を記入してください。 労働基準監督署	
	振込先 指定口座	①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☑を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)						
		②金融機関名 支店番号 ( 000 )	口座名義 (カタカナで記入)	預金の 種類	①:普通 2:当座			
	○×○× 銀行 信用金庫 信用組合 農協	000 支店 ケンポ タロウ	口座 番号	# # # # # # #				

\*被保険者以外の口座に振込む場合は「委任状」が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

※事業主が証明するところの欄は必ず記入して下さい。(資格喪失者は除く)

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 5年 2月 14日 から 令和 5年 2月 24日 まで	11日間	
	労務に服さ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記入して下さい。			
	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下さい。			
	5年 2月	○○○△△○○○○○ ○ △ △ ○ 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	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		
	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		
	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		
	労務に服さなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		給与の種類 (○で囲んで下さい)	賃金計算
	● 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。		月給 日給 日給月給 締日 時間給 歩合給 その他 支払日	末日 当月 5日
	上記のとおり相違ないことを証明します。		担当者氏名	歯科 健一
事業所所在地		〒000-xxxx		
事業所名称		東京都豊島区○○1-2-3		
事業主氏名		○× 歯科医院 電話番号 ○○-xxxx-xxxx		

「初回申請分」には、労務に服することができなかった最終日を含む月までとその期間前1ヶ月分の賃金台帳(給与明細)等の写しと出勤簿(タイムカード)等の写しを添付して下さい。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	健保 太郎				
	傷病名	(1)	鎖骨骨折	療養の給付開始年月日	(1) 平・令 5年 2月 14日	
		(2)		(初診日)	(2) 平・令 年 月 日	
		(3)			(3) 平・令 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	平・令 5年 2月 14日	発病負傷	発病または負傷の原因 スケートをしているとき、誤って転倒し負傷		
	労務不能と認められた期間	令和 5年 2月 14日から 令和 5年 2月 24日まで	11日間			
	上記のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間入院	療養費用の別	健保 自費 公費 ( ) その他	
	診療実日数	2日 診療日を○で囲んでください。	2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	転帰	治癒 繰越 中止 転医
			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		
労務不能と認められた期間中の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						
骨折箇所をギプス固定し、安静加療を要す。						
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						
ギプス固定中は、労務不能と認める。						
上記のとおり相違ありません。		令和 5年 3月 1日				
医療機関の所在地		〒000-xxxx				
医療機関の名称		東京都練馬区○○7-8-9 ○○整形外科クリニック				
医師の氏名		電話番号 ○○-xxxx-xxxx				