

# 傷病手当金（法定・付加）支給申請書

（第 〇 回目）

|   |                                    |                           |   |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
|---|------------------------------------|---------------------------|---|---|--------------------------|---------|---|---------|-------|----|---|---|-----|---|
| ①<br>被保険者等<br>記号・番号                                     | 記号                                 | ②<br>被保険者の<br>(申請者)<br>氏名 | フリガナ  | ③ 生年月日  |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
|   | 番号                                 |                           | 昭<br>平  | 年   | 月                        | 日       |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ④<br>被保険者<br>の現住所                                       | 〒                                  |                           | (勤務先内線) — —<br>(携帯) — —   |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑤ 被保険者の資格を<br>取得した日                                     | 昭和<br>平成<br>令和                     | 年                         | 月   | 日   | ⑥ 被保険者の<br>標準報酬月額        | 千円      |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑦<br>被保険者の勤務<br>する所属部署名                                 | ⑧ 本申請書の提出を事業主へ委任します。<br>(委任する場合は☑) |                           |   |   | <input type="checkbox"/> |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑨ 傷病名   | ⑩ 発病 または<br>負傷 年月日                 |                           | 平成<br>令和  | 年   | 月                        | 日頃      |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑪ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか                             |                                    |                           | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ (第三者行為による場合、健保にご連絡ください)               |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑫ 発病 または<br>負傷 の原因                                      |                                    |                           | (何がきっかけで治療を受けたのかをできるだけ詳細にご記入ください。)  |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑬ 療養のために<br>休んだ期間                                       |                                    | 令和                        | 年   | 月   | 日                        | から 令和   | 年 | 月       | 日まで   | 日間 |   |   |     |   |
| ⑭<br>⑬に記入した期間分の報酬<br>を受けましたか                            |                                    | 受けた ・ 受けない                |   | ⑮ ⑭で「受けた」と答えた場<br>合、その報酬の額とその報酬<br>支払の基礎となった期間                                    |                          | 令和      | 年 | 月       | 日から   | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 円 |
| ⑯ 障害年金等受給状況について   |                                    | 無 ・ 有                     |   | 有の場合 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 受給中 ・ 請求中 ・ 未請求 |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑰ 上記⑯で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の<br>要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について |                                    | 基礎年金番号                    |   | 年金額(年額)   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
|   |                                    | 支給開始年月                    |   | 円   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑱ 老齢年金について  |                                    | 受給中 ・ 請求中 ・ 未請求           |   | 基礎年金番号  |                          | 年金額(年額) |   |         |       |    |   |   |     |   |
|   |                                    | 支給開始年月                    |   | 円   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑲ 上記⑱で「受給中」「請求中」とされた場合の<br>基礎年金番号・年金額について               |                                    | 支給開始年月                    |   | ※年金証書または額改定通知書<br>の写しを添付してください  |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ⑳ 足利銀行健康保険組合加入(資格取得)から3年未満ですか                           |                                    |                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>→「はい」の場合は、別紙の「加入状況等申告書」を記入・添付ください |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ㉑<br>振込希望<br>口座   | 金融機関名                              | 足利銀行                      |   | 支店  |                          |         |   | 金融機関コード | 支店コード |    |   |   |     |   |
|   | 預金種別                               | 1. 普通                     |   | 口座番号(右詰め記入)   |                          |         |   | 0129    |       |    |   |   |     |   |
|   | 口座名義<br>(カタカナで記入)                  |                           |   |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ㉒ 今回の申請は労災保険から休業日給付を受けている期間のものですか                       |                                    |                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中       |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |
| ㉒で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元の労働基準監督署をご記入ください              |                                    |                           | 労働基準監督署   |   |                          |         |   |         |       |    |   |   |     |   |

※次ページに事業主証明欄があります。

傷病手当金支給申請書  
【事業主記入用】

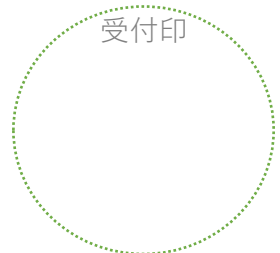
|   |  |        |                          |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|---|--|--------|--------------------------|----|---|--------|-----------|---|-------|---|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|----|---------|----|----|
| 事業主が証明する欄   | ③ 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 |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 出勤状況 出勤は○、 欠勤は×、 有給は有、 早退は早、 休日は休 でそれぞれ表示してください。 |        |                          |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 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 |
|   | 年 月  | 賃金計算期間 |                          | 賃金 |   | 諸手当    |           |   | 欠勤控除額 |   | 総支給額 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 年 月  | / ~ /  |                          | 円  |   | 休日・時間外 | 円         |   | 円     |   | 円    |    | 円  |    | 円  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 年 月  | / ~ /  |                          | 円  |   | 円      | 円         |   | 円     |   | 円    |    | 円  |    | 円  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
| 年 月   | / ~ /  |        | 円                        |    | 円 | 円      |           | 円 |       | 円 |      | 円  |    | 円  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
| 年 月   | / ~ /  |        | 円                        |    | 円 | 円      |           | 円 |       | 円 |      | 円  |    | 円  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
| 労務に服さなかった期間、報酬を全額または一部支給した場合  | 年 月 日 ~ 年 月 日                                    |        | 日間                       |    | 円 |        | 月 日 支払 日額 |   | 円     |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 年 月 日 ~ 年 月 日                                    |        | 日間                       |    | 円 |        | 月 日 支払 日額 |   | 円     |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 年 月 日 ~ 年 月 日                                    |        | 日間                       |    | 円 |        | 月 日 支払 日額 |   | 円     |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
|   | 年 月 日 ~ 年 月 日                                    |        | 日間                       |    | 円 |        | 月 日 支払 日額 |   | 円     |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
| ④ 被保険者の報酬形態 (該当を○で囲む) 月給 日給 時給 その他 ( )                                |  |        |                          |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |
| ⑤ (欠勤控除の計算方法を記入して下さい)   |  |        |                          |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 給料の締結  |    | 日       |    |    |
|   |  |        |                          |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 給料の支払日 |    | 当月・翌月 日 |    |    |
| ⑥ 上記のとおり相違ないことを証明いたします。<br>(証明印) 令和 年 月 日<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |  |        |                          |    |   |        |           |   |       |   |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |        |    |         |    |    |



※次ページに療養担当した医師証明欄があります。

足利銀行健康保険組合 2/3

※第一回目の申請であるときは、賃金台帳・出勤簿の照合をいたしますので、必ずご提示ください。  
(職員は賃金台帳写しのみ添付)  
(③の期間にかかる通勤手当を支給している場合は、支給したことの分かる帳票も必ず添付してください。)



# 傷病手当金支給申請書

【療養担当者記入用】

|  |  |                            |               |               |   |
|--|--|----------------------------|---------------|---------------|---|
| 療<br>養<br>を<br>担<br>当<br>し<br>た<br>医<br>師<br>が<br>意<br>見<br>を<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ①患者氏名  |                            |               |               |   |
|  | ② 傷病名  | (1)                        | ③療養の給付開始年月日   | (1)           | 年 月 日   |
|  |  | (2)                        |               | (2)           | 年 月 日   |
|  | ④ 発病または負傷の原因   |                            |               |               |   |
|  | ⑤発病又は負傷の年月日  | 平成<br>令和                   | 年 月 日         | ⑥労務不能と認められた期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで<br>日間  |
|  | ⑦上記期間のうち入院した期間   | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間入院 |               |               |   |
|  | ⑧療養費用の別  | 健保 自費 公費( ) その他            |               | 転帰            | 治癒 繰越 中止 その他( )   |
|  | ⑨診療実日数   | 日                          | 診療日を○で囲んでください | 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 |
|  | ⑩ 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください<br>また、診察実日数が0日の場合は治療状況を具体的に記入ください                               |                            |               |               |   |
|  | ⑪ 症状の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をお聞かせください<br>なお、申請が2回目以降の場合は前回証明時に労務不能と認められた期間との <u>症状の差を中心</u> にできるだけ詳しくご記入ください |                            |               |               |   |
| ⑫ 上記のとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日   |  |                            |               |               |   |
| 医療機関の所在地   |  |                            |               |               |   |
| 医療機関の名称  |  | 印                          |               |               |   |
| 医師の氏名  |  | 印                          |               |               |   |
| 電話番号   |  |                            |               |               |   |

足利銀行健康保険組合 3/3

※組合受付日※

健保11 2026.04.01

# 傷病手当金支給申請書の注意事項

## (被保険者の方)

- ①及び⑤の欄は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。
- ⑥の欄は、健康保険組合または事業主にお問い合わせください。
- ⑦は所属している事業所名を記入して下さい。銀行の場合は支店名まで記入して下さい。
- ⑧の欄を委任される場合は、「本申請書」に基づく事業主の証明記入の後、健保の審査に入ります。
- ⑫の欄は、治療を受けるきっかけとなった状況をできるだけ詳細にご記入ください。  
※「いつ頃、何処で、何があった、そして病院に行った等」(現在)までのことをご記入ください。
- ⑭の欄は、該当する文字を○で囲んでください。  
※「受けた・受けない」は申請書を提出するとき(現在)までのことを、○で囲んでください。
- ⑯は、同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに、障害年金該当者は障害年金証書の写し、又、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類の写しを添付してください。
- ⑱は、老齢年金を受給している場合に記入し、支給額決定通知、年金証書等の写しを添付してください。
- ㉑の欄は、預金通帳等をみて足利銀行の本支店の口座を正確に記入してください。
- ㉒労災保険でのお手続きに関する確認です。該当されている方は、労基署名までご記入ください。

## (事業主の方)

- ㉓の欄の労務に服さなかった期間の出勤状況及び賃金支給状況欄は、出勤簿、賃金台帳から転記してください。初回請求分については、賃金台帳の写しを添付してください。なお、賃金台帳の写しを添付できない場合は、それに代わる確認できる資料を添付してください。
- 賃金支給状況欄については、労務に服さなかった期間に対して将来支給するもの（家族、役付、通勤、住宅手当などの固定給与）は、支払日がなくても記入してください。
- 訂正したときは、事業主の印を訂正した箇所に押印してください。
- ㉖は、被保険者の資格喪失後の期間にかかる請求である場合、事業主の証明を要しません。

## (医師の方)

- ③の欄は、初診の日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。
- ⑩⑪の欄は、なるべく詳しく記入してください。
- ⑥被保険者が休んだ期間と関係なく、独自の立場で臨床上労務不能と認められる期間を記入してください。  
※手術をした場合は手術の名称と手術年月日を、また、結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記入してください。
- 訂正される場合は、その箇所を二重線で消し、正しい内容を記入してください。  
訂正された方の訂正印を押印してください。
- ⑪この欄が詳細に記載されていない、又は連月に渡り同じ内容が記載されている場合は、担当医師に照会させていただきます。

## (共通する注意事項)

- 期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。  
※例. 6月13日から6月19日までは、7日間となります。
- 訂正される場合は、その箇所を二重線で消し、正しい内容を記入してください。
- 印は、ハッキリと押し、押印洩れのないように注意してください。

## [添付書類]

- ⑯～⑱の欄で「受給中」に○を付けた方は、年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写しもしくは年金額またはその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。