健康保険 傷病手当金支給申請書（第　　回）

◎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、正しい内容と申請者の氏名（サイン）をご記入ください。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号と番号		被保険者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和　平成 ・　・
被保険者の住所	〒　　－　　　電話（　　　）　　－				
事業所の名称		被保険者の業務の種別			
資格取得・喪失年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日　取得 平成・令和　　年　　月　　日　喪失	発病、負傷の年月日	平成 令和　　年　　月　　日		
傷病名					
発病、負傷の原因					
療養のために休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間	ただし（　　　）日は出勤のため除く		
上の期間に対して給料を受けましたか又は受けられますか	・受けた ・受けられる ・受けられない	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日分として　　円		
同じ傷病で障害厚生年金、障害手当金または労災休業補償給付を受けているとき	年金を受けられることとなった傷病名及びその年月日	平成・令和　　年　　月　　日			
	基礎年金番号又は労働基準監督署名				
資格喪失者及び任意継続被保険者の方は	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　・　いいえ　・　申請中			
	基礎年金番号				

委任状

本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。 （利用する場合のみ☑、利用しない場合下記金融機関名を記入）		
払渡希望金融機関名	銀行 信用金庫　　　支店		
口座番号	1.普通預金 2.当座預金　No.	口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載する。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿　　　令和　　年　　月　　日提出

説明

1. 傷病手当金は被保険者が病気やけがをして医師の指示により療養のため会社を休んだ時、会社から給料を受けなかった場合に支給されます。
2. 休み始めてから4日目より通算して1年6ヶ月を限度として1日につき標準報酬日額の3分の２を支給されます。
3. 発病又は負傷の原因が外傷であるときは、負傷の日時、場所及び原因を記入した「負傷原因報告書」を添付してください。
4. 発病又は負傷の原因が第三者行為によるものである場合は、負傷の日時、場所、加害者の住所、氏名及び示談解決の内容を記入した「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
5. 資格喪失後の申請であるときは「療養状況報告書」を添付してください。老齢年金受給者は年金証書等の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

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		
労務に服さなかった日（該当する日を○で囲んでください。公休日も休んだ日に含めてください。）			計
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		日
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		日
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		日
給与の支払日	毎月　　日締切　　当月・翌月　　日支払	上記の期間中の分として支給する報酬の有無	有　・　無

報酬の内訳	種類	金額	期間	全額支給・一部支給	給与の種類
	基本給	円	月　　日～　　月　　日		・月給 ・日給月給 ・日給 ・時間給 ・その他 （　　　　）
	通勤手当	円	月　　日～　　月　　日		
		円	月　　日～　　月　　日		
		円	月　　日～　　月　　日		
		円	月　　日～　　月　　日		
	計	円			

給与・手当等いっさい報酬を支給しないときはその理由	

上記のとおり相違ないことを証明します。　　　令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話（　　　）　　－

療養担当者が意見を書くところ

傷病名	(1)		療養の給付開始年月日（初診日）	(1)　　年　　月　　日
	(2)			(2)　　年　　月　　日
	(3)			(3)　　年　　月　　日
発病又は負傷の原因			発病又は負傷の年月日	平成 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	左の期間中の診療実日数	日間
上の期間のうち入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間	手術年月日	令和　　年　　月　　日
			退院年月日	令和　　年　　月　　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		

・労務不能と認めた期間中における「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

（労務可能見込　令和　　年　　月　　日頃）

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

医療機関の名称

医師の氏名

電話（　　　）　　－

◎賃金台帳（写）及び出勤簿（写）又はタイムカード（写）を添付してください。

◎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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。