

健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者記入用

被 保 險 者 情 報	記号	9 9 9 9	番号	5 5	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	生年月日	昭和 6 2 0 6 0 1	元号 年 月 日		
	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都道府県	〇〇市〇〇町〇番〇〇〇				
電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	〇〇〇マンション 〇〇〇号室					
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに				<input checked="" type="checkbox"/> 同意する		<input type="checkbox"/> 同意しない	
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。</small>							
	※在职期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。							
	金融機関名・店舗名	農業協同組合					<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	
	金融機関コード・店番号			口座種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座		口座番号	
口座名義 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。					口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
		氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)		

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者記入用

申請内容	1 傷病名	1) 鎖骨骨折 2) 3)	2 発病又は負傷年月日	1) 令和 〇 年 4 月 21 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
	3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 <small>〔発病時の状況〕</small> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 〇 年 4 月 21 日 から 令和 〇 年 5 月 11 日 まで		日数 21 日間
	5 あなたの仕事の内容（具体的に） （退職後の申請の場合は退職前の仕事内容）	経理担当事務		

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。又は今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	1 - ①「はい」と答えた場合、その報酬額とその報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和 〇 年 4 月 21 日 から 令和 〇 年 4 月 30 日 まで	報酬額	100,000 円
	2 「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
	2 - ①「はい」又は「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	基礎年金番号	年金コード
事項	3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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。受給している場合、その名称をご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
	3 - ①「はい」又は「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード	名称
	3 - ②「はい」又は「請求中」と答えた場合、支給開始年月日等をご記入ください。	支給開始年月日	年 月 日	年金額
	3 - ③「はい」又は「請求中」と答えた場合、年金額等をご記入ください。	年金額	円	
4 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
4 - ①「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署			
5 介護サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険傷病手当金支給申請書

療養担当者記入用

被保険者氏名	健保 太郎					
傷病名	1) 鎖骨骨折	療養の給付 開始年月日 (初診日)	1) 令和 ○ 年 4 月 21 日			
	2)		2) 年 月 日			
	3)		3) 年 月 日			
発病又は 負傷の年月日	令和 ○ 年 4 月 21 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因	左肩部強打		
労務不能と 認められた期間	令和 ○ 年 4 月 21 日 から 21 日間	うち入院期間	年 月 日 から			
	令和 ○ 年 5 月 11 日 まで		年 月 日 まで 日間			
療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費 ()	転 帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	
	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医	
診療日を○で囲んでください。					診療実日数	
4 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				5 日	
5 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					
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。					手術年月日	年 月 日
					退院年月日	年 月 日
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						
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。						
上記のとおり相違ありません。					令和 ○ 年 5 月 21 日	
医療機関の所在地 愛知県○○○市○○町○番地						
医療機関名称 ○○○病院						
医師の氏名 ○○ ○○ 電話番号 000 (000) 0000						

記入例

1 被保険者氏名	健保 太郎					
2 傷病名	1) 鎖骨骨折	3 療養の給付 開始年月日 (初診日)	1) 令和 3 年 4 月 21 日			
	2)		2) 年 月 日			
	3)		3) 年 月 日			
発病又は 負傷の年月日	令和 3 年 4 月 21 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因	左肩部強打		
4 労務不能と 認められた期間	令和 3 年 4 月 21 日 から 21 日間	うち入院期間	年 月 日 から			
	令和 3 年 5 月 11 日 まで		年 月 日 まで 日間			
療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費 ()	転 帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	
	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医	
診療日を○で囲んでください。					診療実日数	
4 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				5 日	
5 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					
5 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						
鎖骨を骨折し、4/21初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。					手術年月日	年 月 日
					退院年月日	年 月 日
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						
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。						
上記のとおり相違ありません。					令和 3 年 5 月 21 日	
医療機関の所在地 愛知県○○○市○○町○番地						
医療機関名称 ○○○病院						
医師の氏名 ○○ ○○ 電話番号 000 (000) 0000						

【被保険者の方へ】

① 療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

② 複数の傷病名がある場合、1) から主たる病名を順次ご記入ください。

③ 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

④ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、**証明日以前の期間**をご記入ください。

⑤ 症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。