

|                                 |        |  |                 |   |    |   |      |     |                |       |   |   |
|---------------------------------|--------|--|-----------------|---|----|---|------|-----|----------------|-------|---|---|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>使<br>用<br>欄 | 決裁日付印  |  | 支給決定額           |   |    |   | 伺年月日 |     | 令和 年 月 日       |       |   |   |
|                                 |        |  |                 |   |    |   | 常務理事 | 事務長 | 次長             | 課(係)長 | 係 |   |
|                                 |        |  |                 |   |    |   |      |     |                |       |   |   |
|                                 | 資格取得日  |  | 平成<br>令和        | 年 | 月  | 日 | 支給開始 |     | 令和             | 年     | 月 | 日 |
|                                 | 資格喪失日  |  | 平成<br>令和        | 年 | 月  | 日 | 支給満了 |     | 令和             | 年     | 月 | 日 |
|                                 | 請求期間   |  | 令和              | 年 | 月  | 日 | 待期間  |     | 令和             | 年     | 月 | 日 |
|                                 | 不支給期間  |  | 令和              | 年 | 月  | 日 | 金額   |     | 円              |       |   |   |
|                                 | 支給期間   |  | 令和              | 年 | 月  | 日 | 年金   |     | 老・障(年額) (日額) 円 |       |   |   |
|                                 | 平均標準月額 |  | 円               |   | 日額 |   | 円    |     | 一日あたり支給額       | ② 円   |   |   |
|                                 | 算式     |  | ③ ②×① 円 × 日 = 円 |   |    |   | ③-④  |     | 円              |       |   |   |

傷病手当金支給申請書 (第 回)

被保険者記入用

|   |                          |                             |                              |  |                                 |                                |                   |   |   |    |
|---|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|---|---|----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 被保険者証の記号番号               | 記号                          | 番号                           | 被保険者氏名 (生年月日)                                  | (昭和・平成 年 月 日)                   |                                |                   |   |   |    |
|   | 被保険者の現住所                 |                             |                              |  | 電話番号                            | - - ※日中の連絡がとれる番号を記入してください。     |                   |   |   |    |
|   | 傷病名                      |                             |                              |  | 発病または負傷年月日                      | 年 月 日                          |                   |   |   |    |
|   | 傷病の原因は「病気」ですか、「ケガ」ですか    | 病気                          | 発病の原因を記入してください。              |  |                                 |                                |                   |   |   |    |
|   |                          | ケガ                          | 令和                           | 請求期間は、事業主からの給与の支払いが無給になった日からを記入してください。(請求する期間) |                                 |                                |                   |   |   |    |
|   |                          |                             | 負傷場                          | 何をし  |                                 |                                |                   |   |   |    |
|   |                          |                             | 何をし                          | どのように負傷したか                                     |                                 |                                |                   |   |   |    |
|   | 請求期間                     | 令和                          | 年                            | 月  | 日から                             | 令和                             | 年                 | 月 | 日まで   | 日間 |
|   | 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 請求中 | <input type="checkbox"/> いいえ                   | <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 | <input type="checkbox"/> 障害手当金 | 年金証書の写しを添付してください。 |   |   |    |
|   | 「はい」または「請求中」の場合          | 傷病名                         | 年金年額                         | 基礎年金番号   | 平・令                             | 年                              | 月                 | 日 | 年金受給の有無は必ず記入してください。年金を受給している場合は、年金証書の写しを添付してください。 |    |
| 老齢年金を受給していますか                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     |  |                                 |                                |                   |   |   |    |
| 「はい」または「請求中」の場合                                     | 基礎年金番号                   | 年金年額                        | 円                            | 支給開始日  | 昭・平・令                           | 年                              | 月                 | 日 |   |    |
| 振込希望の金融機関   | 金融機関名                    | 支店名                         | 預金種別                         | 口座番号   |                                 |                                |                   |   |   |    |
| (任意継続被保険者のみ記入)                                      |                          |                             |                              |  | 1. 普通 2. 当座                     |                                |                   |   |   |    |

R3.6.1

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
  - マイナンバーを記載した場合は、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。
- マイナンバー

「被保険者記入用」は2ページに続きます。》

受付印

## 傷病手当金支給申請書

被保険者記入用

## 生活状況・療養状況について

※現状を本人が詳しくご記入ください。

問1. 請求期間中においてどのような生活状況でしたか。

- 絶対安静
- 一日横になっていた
- 一日 時間横になっていた
- 安静時間をとっていた（午前中 時間、午後 時間）
- 無理をしない生活をしていた
- 家の軽い仕事をしていた
- その他（ ）

必ず記入してください。

問2. 請求期間中の自覚症状、身体の状態について。

( )

問3. 医師から療養のうえで、どのような指示を受けましたか。

( )

問4. 現在の身体の状態はどうか。

( )

問5. いつ頃から就労できそうか、わかればご記入ください。

令和 年 月 日 頃就労予定

## 【同意書の記入について】

傷病手当金を給付決定するにあたり、医師に傷病名や請求期間における傷病の主症状および経過の概要など  
労務不能であると認める理由を照会することがありますので同意をお願いします。

## 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、愛知県信用金庫健康  
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  
所及び負傷に関わった団体等に対して愛知県信用金庫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、愛知県信用金庫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、本件について愛知県信用金庫健康保険組合に対して一切の異議・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。

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長様

(同意日) 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者氏名 健保 太郎

健保印

# 傷病手当金支給申請書

事業主記入用

「労務に服さなかった期間」は傷病を理由に休んだ日からご記入ください。

| 事業主が証明する欄  | 労務に服さなかった期間       | 令 年 月 日から 令 年 月 日まで 日間                     |      |      |      |
|--|-------------------|--|------|------|------|
|  | 支給期間              | 支給率  | 支給日数 | 支給金額 | 支給日額 |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 | 100%                                       |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~         | 有給休暇を使用して休んでいる期間がある場合は、有給休暇使用期間から記入してください。 |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~         |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 | 2/3  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 |  |      | 円    | 円    |
|  | 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 | 0%   |      | 円    | 円    |
| <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地<br/>事業所名称<br/>事業主氏名</p> <p style="color: red;">無給以降も在籍者は0円の証明をしてください。</p> |                   |  |      |      |      |

## 傷病手当金支給申請書

医師(療養担当者)記入用

|                                       |                                   |     |                        |  |  |                  |     |       |     |    |   |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----|------------------------|--|--|------------------|-----|-------|-----|----|---|--|--|--|--|--|
| 医師(療養担当者)が意見を記入するところ                  | 患者氏名                              |     |                        |  |  |                  |     |       |     |    |   |  |  |  |  |  |
|                                       | 傷病名                               | (1) |                        |  |  |                  | 初診日 | (1)   | 年   | 月  | 日 |  |  |  |  |  |
|                                       |                                   | (2) |                        |  |  |                  |     | (2)   | 年   | 月  | 日 |  |  |  |  |  |
|                                       | 発病または負傷年月日                        | 年   | 月                      | <input type="checkbox"/> 発病<br><input type="checkbox"/> 負傷 |  | 発病または負傷の原因       |     |       |     |    |   |  |  |  |  |  |
|                                       | 労務不能と認められた期間                      | 年   | 月                      | 日から  | 日間   | 左記の期間のうち入院していた期間 | 年   | 月     | 日から | 日間 |   |  |  |  |  |  |
|                                       | 診療実日数<br>(入院期間を含む)                | 日   | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください | 月  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>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<br>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<br>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「主たる症状および経過」を詳しくご記入ください |     |                        |  |  |                  |     | 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     |                                   |     |                        |  |  |                  |     |       |     |    |   |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日               |                                   |     |                        |  |  |                  |     |       |     |    |   |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地<br>医療機関の名称<br>医師の氏名 電話番号 - - |                                   |     |                        |  |  |                  |     |       |     |    |   |  |  |  |  |  |