健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

健康保険組合記載欄

				資格取得日	年 月 日	＜ 退 職 後 ＞
				資格喪失日	年 月 日	任 継 ・ 任継未加入

傷病手当金	円	支給決定額	円
傷病手当付加金	円		

算定欄		日 額		日 数	支 給 額	支給期間	
	法 定 給 付	円	2/3		円	自	年 月 日
	付 加 給 付	円	10%		円	至	年 月 日
	報 酬	円			▲ 円	支給日数	日
	年 金	円			▲ 円		

直近12ヶ月間の標準報酬月額の平均額	円	不支給期間（待期）	自 年 月 日
標準報酬日額	円		至 年 月 日

被保険者はここから下を記入してください（第 2 回目）

被保険者（申請者）情報

被保険者等	記号 ◎○ 番号 1 2 3 4 5	事業所名 所属	◎◎◎株式会社 大阪本社
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	年 月 日 ☐ 昭和 ☑ 平成 ☐ 令和 041020
住所	（〒 530 － 0001 ） 大阪 都 道 府 県 大阪市北区梅田△－△－△		

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	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。	令和 3 年 6 月 30 日
	氏名 健保 太郎	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 大阪府大阪市北区梅田△－△－△
代理人（事業主）	事業所所在地 大阪府大阪市北区中之島○－○－○	
	事業主名称 ◎◎◎株式会社	

※初回時は別に添付書類の記入が必要です。レンゴー健康保険組合のHPをご確認ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容

1 傷病名	大腿骨骨折	2 発病または負傷年月日	令和 3 年 4 月 10 日
3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。	2 1. 病気 2. ケガ	（発病時・負傷時の状況）	サッカーの試合で転倒
4 療養のため休んだ期間（申請期間）	（令和） 年 月 日	03 06 01 から / 03 06 06 まで	日数 6 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の内容）	営業職		

初回は待期期間も含めて記入してください。

確認事項

1 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

3 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ

1 - ① 「はい」または「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

2 「障害厚生（基礎）年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。

3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ → 1. 障害厚生（基礎）年金 2. 障害手当金

2 - ① 「はい」または「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。

「はい」と答えた場合は、年金証書（写）・年金額振込通知書（写）を添付してください。請求中の場合は、決定後に提出してください。

傷病名

基礎年金番号　年金コード

支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日　年金額 円

以下（確認事項3）の欄は、退職された60歳以上の方のみ（任意継続の方含む）ご記入ください。

3 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。受給している場合、その名称をご記入ください。

1. はい 2. 請求中 3. いいえ → 名称

3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。

「はい」と答えた場合は、年金証書（写）・年金額振込通知書（写）を添付してください。請求中の場合は、決定後に提出してください。

基礎年金番号　年金コード

支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日　年金額 円

「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

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。（待機期間を含む）
また、出勤簿（写）及び賃金台帳（写）を提出してください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保　太郎	労務に服さなかった期間	令和 3 年 6 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 6 日（ 6 ）日間

勤務状況 【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ください。		出勤	有給
令和 3 年 6 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 計	18 日	0 日
令和 年		日	日
令和 年		日	日

実際に休んだ期間でなく、賃金計算の締日から締日ごとに記入してください。

上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？	☑ はい ☐ いいえ	給与の種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☑ 日給月給 ☐ その他	賃金計算	締日	月末 日
					支払日	☐当月 ☑翌月 20 日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した（する）賃金内訳

区分＼期間	単価	6 月 1 日 ～ 6 月 30 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額
基本給	210,000	180,000		
通勤手当	8,000	6,932		
住居手当	10,000	10,000		
家族手当	10,000	8,568		
手当				
計		205,500		

通勤手当をまとめて支給している場合は1か月分を計算して記入してください。

単価も必ず記入してください。

欠勤控除の計算方法は具体的に記入してください。

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

基本給：欠勤控除あり
210,000円÷21日×18日＝180,000円
通勤手当：欠勤控除あり
8,000円－（8,000円÷30日×4日）＝6,932円
住居手当：欠勤控除なし
家族手当：欠勤控除あり
10,000÷21日×18日＝8,568円

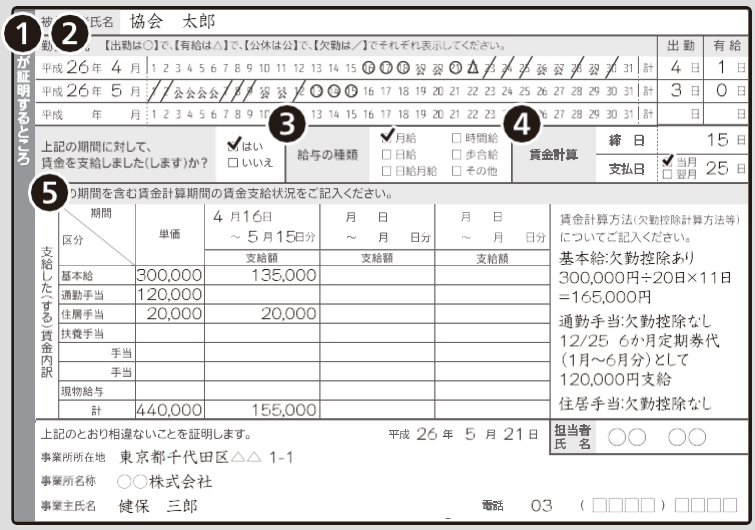
＜職場復帰について＞

☐ 未定　☑ 復帰済
☐ 復帰予定：令和　年　月　日頃
特記事項（ 6月7日より復帰済 ）

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和 3 年 7 月 10 日

事業所所在地　大阪市北区中之島○－○－○
事業所名称　◎◎◎株式会社
事業主氏名　聯合　健
電話　○○（△△△）△△△△

記入例



【被保険者の方へ】

❶ お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

❷ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

❸ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。〉〉〉

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

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	大腿骨骨折	療養の給付開始年月日（初診日）	令和 3 年 4 月 10 日
発病または負傷の年月日	令和 3 年 4 月 10日　□発病 ☑負傷	発病または負傷の原因	サッカーの試合で転倒
労務不能と認めた期間	令和 3 年 6 月 1 日から 令和 3 年 6 月 6 日まで　6 日間		
うち入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　0 日間 入院	転帰	☑ 治癒　□ 中止 □ 繰越　□ 転医
診療実日数	1 日	診療日を○で囲んでください。	6 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
診療実日数が0の場合の理由			

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）

骨折のため、入院加療。順調に回復し、リハビリを経て5月末退院となる。6月上旬より、職場復帰は可能とする。

手術年月日　令和　年　月　日

退院年月日　令和　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

骨折のため、歩行困難

医師証明日は、労務不能と認めた期間の最終日以降の日付でいただいてください。

職場復帰見込 ※該当に☑をしてください　□ 未定　☑ 復帰済み　□ 復帰予定：令和　年　月

上記のとおり相違ありません。　令和 3 年 6 月 20日

医療機関の所在地　大阪市北区中之島1

医療機関の名称　おおさかなかのしま病院

医師の氏名　中野　志麻

医療機関印

電話　〇〇（△△△）××××

【被保険者の方へ】

❶ 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】

❷ 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。

❸ 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。

❹ 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。

❺ 症状および経過、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。