## ◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。◎「※」印欄は記入しないでください。◎1ヵ月単位で請求してください。

## 健康保険傷病手当金支給申請書(第 回)

被保保       (フリガナ)       郵番       (フリガナ)       郵番       (大)       (大) <th>今 <b>和</b> 一 受けられる (害ますか。) (中・はい</th> <th>(フ) 保険 者 年 年 受けられ</th> <th>昭和 平成 ④ (4) (4) (4) (4) (4) (5) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6</th> <th><ul><li>被資し</li><li>財子</li><li>財子</li><li>財子</li><li>財子</li><li>日月月ののつ年</li><li>支報た</li><li>支報た</li></ul></th> <th>者の取得月日</th> <th>ら で (受け で たそ間</th> <th>日 での さ者番号 けられる) 明支払いの</th> <th>なたの中の日本の人内容     自 至 令       日 を で で で で で で で で で で で で で で で で で で</th> <th><ul><li>① 第三者</li><li>「はい」の 傷所</li><li>※ 年</li><li>※ 年</li><li>M 年</li></ul></th> <th>( 保険者 ) () () () () () () () () () () () () (</th> <th>・名 称 1:はいで 三者のだ 日 日 ら</th> <th>つですか 、 「為による</th>	今 <b>和</b> 一 受けられる (害ますか。) (中・はい	(フ) 保険 者 年 年 受けられ	昭和 平成 ④ (4) (4) (4) (4) (4) (5) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6	<ul><li>被資し</li><li>財子</li><li>財子</li><li>財子</li><li>財子</li><li>日月月ののつ年</li><li>支報た</li><li>支報た</li></ul>	者の取得月日	ら で (受け で たそ間	日 での さ者番号 けられる) 明支払いの	なたの中の日本の人内容     自 至 令       日 を で で で で で で で で で で で で で で で で で で	<ul><li>① 第三者</li><li>「はい」の 傷所</li><li>※ 年</li><li>※ 年</li><li>M 年</li></ul>	( 保険者 ) () () () () () () () () () () () () (	・名 称 1:はいで 三者のだ 日 日 ら	つですか 、 「為による
<ul> <li>() 野番</li> <li>() 野番</li> <li>() 大き</li>     &lt;</ul>	<ul><li>令和</li><li>令和</li><li>受けた</li><li>受けられる</li><li>(害手すか。)</li><li>(中・はい)</li></ul>	保険者年年受けない受けられ	香番号	<ul><li>被資し</li><li>財子</li><li>財子</li><li>財子</li><li>財子</li><li>日月月ののつ年</li><li>支報た</li><li>支報た</li></ul>	取得日日日会額とおかまけ、期まけ、期まり、期まり、期	被   よ     な   で     で<	日 おての き者番 号 けられる)。	なたの中の日本の人内容     自 至 令       日 を で で で で で で で で で で で で で で で で で で	電話 ⑧ 初診日  ① 第三者 「はい」の 傷病 ※ 年 ※ 年	( 保険者 ) () () () () () () () () () () () () (	・名 称 1:はいで 三者のだ 日 日 ら	つですか 、 行為による さい 日
郵番	<ul><li>令和</li><li>令和</li><li>受けた</li><li>受けられる</li><li>(害手すか。)</li><li>(中・はい)</li></ul>	保険者年年受けない受けられ	者番号 ない 電害	月 報酬の支報となった 厚生年金	日か 日が を を を を を と り、 期 (なる 障 き ス は な は な は な に れ に れ に れ に れ に れ に れ に れ に れ に れ に	ら で (受け で たそ間	けられる)。 州支払いの	目間至今を表しまで、	電話 ⑧ 初診日  ① 第三者 「はい」の 傷病 ※ 年 ※ 年	( 保険者 ) () () () () () () () () () () () () (	・名 称 1:はいで 三者のだ 日 日 ら	つですか 、 行為による さい 日 分とし
受けたとき 状況は3 状況は3 大況は3 大況は3 大記はだだが 期間 でででである。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 大記ができます。 はないできまななななななななななななななななななななななななななななななななななな	<ul><li>令和</li><li>令和</li><li>受けた</li><li>受けられる</li><li>(害手すか。)</li><li>(中・はい)</li></ul>	年 年 受けない 受けられ	い <u>4</u> : ( ) ない <b>で</b> 害	月 報酬の支報となった 厚生年金	日か 日が を を を を を と り、 期 (なる 障 き ス は な は な は な に れ に れ に れ に れ に れ に れ に れ に れ に れ に	ら で (受け で たそ間	けられる)。 州支払いの	目間 至 き礎 令利	<ul><li>① 第三者</li><li>「はい」の 傷所</li><li>※ 年</li><li>※ 年</li><li>M 年</li></ul>	音行為に J 0:いいえ 場合は「第 病届」を提出 月 月 月	1:はい 三者の行 日してくだ 日 日 ら	りですか 、 テ為による さい 日 分とし
場合は3枚目の してください) め休んだ期間 期間) に書いた受けられ は受けられ 生 年 金し 又て で はでいえ・請求	<b>令和 令和 受けた 受けた 受けられる (害手当金、)</b> ますか。	年 受けない 受けられ	い (4) i ない 障害	月 報酬の支報となった 厚生年金	日ま 払いを受け 酬の額と、 (なる)期 :又は障害手	で た(受け その報酬 間	けられる)。 州支払いの?	目間 至 令 を 令 を を を を や の の の の の の の の の の の の の の の	「はい」の 傷邪 ※ 年 ※ 年	0:いいえ 場合は「第 病届」を提出 月 月 月	1:はい 三者の行してくだ 日 日	デ為による さい 日 分とし
期間)  二書いた期間  報酬を受けま  又は受けられ  生年金又は障  を受給してい  いいえ・請求	<b>令和</b> 受けた 受けられる き事手当金、「ますか。	年 受けない 受けられ	い (4) i ない 障害	月 報酬の支報となった 厚生年金	日ま 払いを受け 酬の額と、 (なる)期 :又は障害手	で た(受け その報酬 間	けられる)。 州支払いの?	目間 至 令 を 令 を を を を や の の の の の の の の の の の の の の の	※ 年	月日かれ	月 ら	分とし
駆酬を受けま 又は受けられ 生年金又は障 を受給してい いいえ・請求	受けられる 管害手当金、「 ますか。 で中・はい	受けられ	ない障害	はその報 となった 厚生年金	酬の額と、 (なる)期 又は障害手	その報酬間	州支払いの	基礎令和			_	
を受給してい いえ・請求	ますか。 :中・はい	障害基				当金、险	to the the role for			月日ま		
5.计专绘迅定译66章。	り写し たばひし ナノ				10.276	病名	言善基礎年	金 16	基礎	年 金	番 5	<del>클</del>
者及び ⑰	老齢又は退年金コード	職を事由				いますか	7		v ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	いえ・請え 金	求中・は 額	
食から休業補 の傷病手当金		けてした	いいえ 労災請求 は い		)左の欄で「 右欄を記え	入してくだ	<b>さい</b> 。		テは 請求 すしてください		働基準	監督署名
区分 ※ トド	1. 振	込	② 預 金 種 目	1. §		<u> </u>	人化地が省	<b>3</b>	服行 金庫 言組	v ·o		本、支出張
番号	T 3/4/4/	V ) ~ HH -}- \	(フ! 口屋	区名義	チケーナー							
1 年	月日	目	○文領を1	八埋人に	安仕しよう。				\$ seen			日提出 即 •••••
	者)	名					Ø					
型人の 名と印	<b>ソ</b> ガナ)				(f)	29	委任者と代	定理人との問	関係			
30	便	_	フリス	ブナ	雷話	(	)					
1	本申請に 年 被保 (申請 !人の と の !人の	本申請に基づく給付金 年 月 住被保険者 (申請者) 氏 !人の と印	本申請に基づく給付金に関す 年 月 日 住 所 被保険者 (申請者) 氏 名	番号 ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に 年 月 日    住 所   被保険者 (申請者)   氏 名  (フリガナ) と印  ②	● プロ座名義 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日 住 所 被保険者 (申請者) 氏 名  「フリガナ」 「人の」と印 面 フリガナ 面 アリガナ エー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	番号     口座名義       本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。       年 月 日       住所       被保険者(申請者)       氏名         (フリガナ)       20       !人のと印       郵便所       所 郵便所	番号     口座名義       本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。       年 月 日       住所       被保険者(申請者)       氏名       印       !人のと印       郵便所       番号       フリガナ       調の       フリガナ       郵便所       番号       フリガナ       製御の       マリガナ       ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	番号     口座名義       本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。       年 月 日       住所       被保険者(申請者)       氏名       即       !人のと印       !人の所       郵便所       一       フリガナ       1人の野便       番号       フリガナ       要の表に者と代理人との問題       フリガナ       郵便       所	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。       年 月 日       住所       被保険者(申請者)       氏名       印    (2) 委任者と代理人との関係  (3) 委任者と代理人との関係  (4) の関係  (5) の関係  (5) の関係  (6) の関係  (7) の関係  (7) の関係  (7) の関係  (9) の関係  (9) の関係  (1) の関係  (1) の関係  (1) の関係  (2) の関係  (3) の関係  (4) の関係  (5) の関係  (5) の関係  (6) の関係  (7) の関係  (7) の関係  (7) の関係  (7) の関係  (8) の関係  (9) の	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。     令和 年       年 月 日     住所       被保険者(申請者)     氏名       即       (フリガナ)     ② 委任者と代理人との関係       !人のと印     野便       所 郵便     丁フリガナ       動便     アカリカナ       コフリガナ     フリガナ	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。     令和 年 月       年 月 日     住 所       被保険者(申請者)     氏 名       即     ② 委任者と代理人との関係       !人のと印     郵便       所 郵便     丁フリガナ       郵便     番号

## ○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿 (タイムカード)の写を添付してください。

	(ダイムルード)の手を称付してください。											
	③ 労務に服さなかった日 (欠勤は○で、有給は△でそれぞれ表示してください。) 欠勤 有給							有給				
	年 月12	3 4 5 6 7 8 9 10	11 12 13 14 15 16	17 18 19 20	21 22 23 2	4 25 26 27	28 29 30	31	計	Ħ	Ħ	
	年 月12	3 4 5 6 7 8 9 10	11 12 13 14 15 16	17 18 19 20	21 22 23 2	4 25 26 27	28 29 30	31	計	B	H	
事	労務につかなかった期間のうち賃金支払状況(出勤した日を除く) (1)支給しない 現在も将来も支給しない場合はその理由を記入してください。								賃	金計	算	
業									締 日	帝日日日		
業主	(2)全部または一部支給した(する)場合はその内訳						3	支払日 日				
が	③ 支給対	単			支給	支給支担		トロー 給与の種類		り種類		
証明	支給基本給	)	月 日~ 月 日	月 日~	月日	月 日~	月 日	68 630877	20 7 0	○で囲んっ	でください)	
す	し 家族王当							月月	日日	月	給	
うる	手当		_					月	H	日	給口給	
اح	する手当							月	日	日給	S 126-190	
ل ا ل	り 手当 現物給与							月月	日日	3 給		
ろ	訳計							月	B	り他		
	上記のとおり相	違ないことを証明し	ます。		-							
	   <b>令和</b> 年 月	日 事業所別	f在地									
	4.4H 1 91		名 称									
	事業所名称											
	事業主氏名 電話 ( )											
	患者氏名											
					③ 療養の給付	+ 1				-		
27	疾 病 名				開始年月日 (初診日)	64	年	月		日		
	発病または 負傷の年月日	年	月 目	発病 負傷	発病または							
	<ul><li>③ 労務不能と</li><li>認めた期間</li></ul>	年年	月 日から 月 日まで	日間	負傷の原因							
療	③ 図のうち 入院期間	年年	月日から	日間入院	療養費用の別		o programantas	費 (	+		その他	
療養	八阮朔间	診療日を○	月 日まで 月 123456	0.00000	転 別 12 13 14 15 1		繰越 20 21 22 23	中止 24 25 2		运医 28 29 3	30 31	
担业	旦   診療実日数   日で囲んでく					30 31						
当者	当						600 90000					
がが	古											
意	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·											
見												
見を書く	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							
書												
7												
とこ	人工透析を	宝 楠 人	「透析を実施又は人工臓	。 『哭か生善』た「		昭和・平局	<b></b>	Ē.	月	F	1	
ろ	又は人工臓	器 を t ー uttens	学の種類 ア.人工服	工門 イ.人工	関節 ウ.人工		ン臓ペースメー		21	-	4	
	接着したとき 人工臓器等の種類 オ.人工透析 カ. その他( ) 上記のとおり相違ありません。					)						
	令和 年	ACTION NO. AND ACTION NO.	医療機関所在地									
	医療機関の名称											
			医師の氏名				電話	9	v			

負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入してください。 交通事故、相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。

፡፡⑦ 負傷の原因について記入してください(該当する□にチェック ☑ を記入してください)									
被	【負傷日時・場所等】	【受診した医療機関】 6 診療を受けた病院名とその期間等							
192	1 いつケガ(負傷)をしましたか								
保	年 月 日(曜日)	病院名							
険	□ 午前・□ 午後 時 分頃	年 月~ 年 月 □治ゆ □ 治療中							
者	<ul><li>2 ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか</li><li>□ 出勤日 □ 休日(定休日・休暇含む)</li></ul>	病院名							
が	□ その他( )	年月~年月□治ゆ□治療中							
記入	3 ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか □ 勤務時間中 □ 通勤途中(□出勤・□退勤) □ 出張中 □ 私用 □その他( )	7 負傷をしたときの状況(原因)を具体的に記入してください							
する	<ul><li>4 ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか</li><li>□ 会社内 □ 道路上 □ 自宅</li><li>□ その他(</li></ul>								
ر بر برح	<ul> <li>5 ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか</li> <li>□ 交通事故</li> <li>□ スポーツ中(□職場の行事 □職場の行事以外)</li> <li>□動物による負傷(飼い主□有 □無)</li> <li>□ あなたは被害者</li> </ul>	8 申請者が代表取締役等役員の方の場合							
ろ	□ 有 → ↓ □ あなたは被害者 相手 □ 無 □ あなたは加害者	おります。 日前日が代表収録できて真の方の場合 労災保険に特別加入していますか □ 加入有 □ 加入無							