健康保険傷病手当金支給申請書（第　　回）

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

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号・番号		② 生年月日			
記号　　番号		昭和 平成	年	月	日

③ 被保険者の（申請者）氏名と印	(フリガナ)	④ 被保険者の資格を取得した年月日	年　月　日	⑤ あなたのしていた仕事の内容	（事業所名　　）
⑥ 被保険者の（申請者）住所	郵便番号 〒　―	(フリガナ) 電話　（　　）			
⑦ 傷病名		⑧ 初診日	年　月　日		
⑨ 介護保険法の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		
⑩ 発病時の状況を詳しく（負傷の場合は３枚目㊲を記入してください）		⑪ 第三者行為によるものですか 0:いいえ　1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください			

⑫ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	自 ※ 年　月　日 至 ※ 年　月　日	日間
⑬うえの⑫に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか。	受けた　受けない 受けられる　受けられない	⑭ 報酬の支払いを受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払いの基礎となった（なる）期間	令和　年　月　日から　分として 令和　年　月　日まで　円
⑮ 障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金を受給していますか。	障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金の受給の原因となった傷病名	⑯ 基礎年金番号	
いいえ・請求中・はい ※「はい」の方は支給決定通知書の写しを添付してください。			

資格喪失者及び任意継続被保険者の方	⑰ 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	いいえ・請求中・はい
	⑱ 年金コード又は記号番号もしくは番号	⑲ 年金額 円

⑳ 労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金の申請ですか。	いいえ 労災請求中 はい	㉑ 左の欄で「労災請求中」または「はい」の方は右欄を記入してください。	請求（支給）労働基準監督署名
		「はい」の方は支給決定通知書の写を添付してください。	

支払金融機関の欄				
㉒支払区分	1．振　込	㉔ 預金種目	1．普通 2．当座	㉕ 銀行 金庫 信組　本店 支店 出張所
㉓ 金融機関コード	※			
㉖ 口座番号		(フリガナ) 口座名義		

受取代理人の欄

㉗ 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　日

被保険者（申請者）　住所

氏名　㊞

㉘ 代理人の氏名と印	(フリガナ) ㊞	㉙ 委任者と代理人との関係	
代理人の住所	㉚ 郵便番号 〒　―	フリガナ 電話　（　　）	

令和　年　月　日提出

受付日付印

社会保険労務士提出代行者の印	

ふくおかICT健康保険組合

○「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。

事業主が証明するところ

㉛ 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
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　計	日	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　計	日	日

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。

(2)全部または一部支給した（する）場合はその内訳

賃金計算	
締日	日
支払日	日

㉜ 支給した（する）内訳

区分＼支給期間	単価	全部支給 月 日～ 月 日	一部支給 月 日～ 月 日	一部支給 月 日～ 月 日	支払日	給与の種類（○で囲んでください）
基本給					月 日	月給
家族手当					月 日	日給
手当					月 日	日給月給
手当					月 日	時間給
手当					月 日	歩合給
現物給与					月 日	その他
計					月 日	

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

患者氏名

疾病名		㉝ 療養の給付開始年月日（初診日）	年　月　日
発病または負傷の年月日	年　月　日　発病 負傷	発病または負傷の原因	
㉞ 労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		
㉟ ㉞のうち入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間 入院	療養費用の別	健保　自費　公費（　　）その他
		転帰	治ゆ　繰越　中止　転医

診療実日数	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

㊱ ㉞の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（くわしく）

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

人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成　年　月　日
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門　イ. 人工関節　ウ. 人工骨頭　エ. 心臓ペースメーカー 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　月　日　医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名　　電話　（　　）

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。

㊲ 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）

被保険者が記入するところ

【負傷日時・場所等】

1　いつケガ（負傷）をしましたか

年　　月　　日（　　曜日）

□ 午前・□ 午後　　時　　分頃

2　ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか

□ 出勤日　□ 休日（定休日・休暇含む）

□ その他（　　）

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（　　）

4　ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか

□ 会社内　□ 道路上　□ 自宅

□ その他（　　）

5　ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか

□ 交通事故　□ 暴力（ケンカ）

□ スポーツ中（□職場の行事　□職場の行事以外）

□動物による負傷（飼い主□有　□無）

相手　□ 有 → □ あなたは被害者　□ あなたは加害者

□ 無

【受診した医療機関】

6　診療を受けた病院名とその期間等

病院名

年　　月 ～　　年　　月　□治ゆ　□ 治療中

病院名

年　　月 ～　　年　　月　□治ゆ　□ 治療中

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

8　申請者が代表取締役等役員の方の場合

労災保険に特別加入していますか　□ 加入有　□ 加入無