

※ 支給・不支給 決定書	伺年月日	年	月	日	常務理事	事務長		係
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円	
	支給期間	日数	日額	金額	資 格 喪 失 前 始 回	療養給付 開始		
	支給決定額 報酬平均日額 円	全部 不支給 理由	期間 日間	金額 日間 円	該当条文	55条・58条	被扶養者 照合印	入院 期間

健康保険 傷病手当金支給申請書 (その1) (1) (第 〇〇 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す と こ ろ	(2) 記号・番号	記号	(3) 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	(社員番号)	昭和・平成・令和 年 月 日	
	(4) 被保険者 (申請者) の住所	(〒 -)	Tel () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
	(5) 事業所の 名称住所	Tel ()			(6) 被保険者の 標準報酬額 月 千円	
	(7) 被保険者の 資格を取得した 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	(8) 被保険者の 業務種別			
	(9) 発病又は負傷の 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	(10) 傷病名			
	(11) 当該の傷病は病気 (疾病)ですか、ケガ (負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病気 [発症時の状況] <input type="checkbox"/> ケガ⇒負傷原因届を併せてご提出ください				
	(12) 療養のため休んだ 期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 年 月 日	まで	日数	日間	
	(13) (B) 入院した期間 があるときは	(A) うえの(12)に書いた期間中入院した期間はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
		ア) 病院名		イ) 病院の所在地		
		令和 年 月 日 から 年 月 日	まで	日間		

(注意事項)

- ①年金証書(写し)・支給開始年月を証明する書類・直近の受給額がわかる書類を添付してください。
- ②訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正してください。

・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。

備考欄

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。

振込 希望 口座	銀行				支店
	預金の種別	口座番号		フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座名義	

受 付 日 付 印

健康保険 傷病手当金支給申請書 (その2)

(1) (第 〇〇 回目)

確認事項

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	(14) 療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。また今後受けられますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	(14) -①「はい」と答えた場合、その報酬の額と、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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	報酬額	円
	(15) 老齢年金の受給はありますか？ 「はい」の場合、必要書類を添付してください	<input type="checkbox"/> 1. はい（下記に記入してください） <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
		年金の種類	国民年金・厚生年金	年金額
		基礎年金番号	受給開始年月	平成・令和 年 月
	(16) 障害厚生年金・障害手当金の受給はありますか？ 「はい」の場合、必要書類を添付してください	<input type="checkbox"/> 1. はい（下記に記入してください） <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
		年金の種類	国民年金・厚生年金	年金額
		基礎年金番号	受給開始年月	平成・令和 年 月
		障害年金支給事由の傷病名		
	必要書類：「年金証書（写）」、「直近の額を証明する書類（写）」※左記書類を既に提出済みの場合は提出不要です			
	(17) 今回の請求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。「はい」または「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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
	労働基準監督署			
	療養状況および日常生活状況について			
	(18) 病院のかかり方は？	<input type="checkbox"/> 1. 入院中 <input type="checkbox"/> 2. ()日おきに <input type="checkbox"/> 3. 月に ()日行く <input type="checkbox"/> 4. その他 ()		
(19) 次の受診予定日はいつですか？	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 治療終了			
現在のお体の調子について詳しく記入してください ※自覚症状など具体的にご記入ください				
(20) 日中どのようにして過ごしていますか？ ※該当する項目にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 1. 1日()時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> 2. 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 3. 散歩する→1日()回、()分位 <input type="checkbox"/> 4. 軽い仕事をする(どのような： <input type="checkbox"/> 5. その他			
(21) その他どのようなことをして過ごすことが多いですか？	<input type="checkbox"/> 1. 読書をする <input type="checkbox"/> 2. 手紙などを書く <input type="checkbox"/> 3. テレビを見る <input type="checkbox"/> 4. 音楽を聴く <input type="checkbox"/> 5. 談話をする <input type="checkbox"/> 6. その他			
(22) いつ頃から仕事につくことが出来そうですか	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明			
(23) (12)の期間中の病気について	治療状況			
	医師から日常生活するうえで、どのような点に注意するよう言われていますか			
	日常生活状況（家庭で売薬などを服用していた場合、その薬名と服薬状況）を週または日をおって詳しく記入してください			
退職後継続給付の方はご記入ください				
(24) 退職時に会社から離職票の交付を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい（「はい」の方は25にご回答ください） <input type="checkbox"/> 2. いいえ			
(25) 雇用保険受給期間延長の手続きをされますかまたは既に手続きをされましたか（傷病手当金と雇用保険失業給付の併給はできません）	<input type="checkbox"/> 1. はい（「はい」の方は「離職票1・2」と「雇用保険受給期間延長通知書」の写しを添付してください） <input type="checkbox"/> 2. いいえ（「いいえ」と答えた方は「離職票1・2」の写しを添付してください）			

(注意事項)

- ①退職後継続給付の方は、「傷病手当金支給申請書(その5)」に請求期間に受診した際の領収書原本をすべて添付のうえ提出してください。
- ②訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正してください。

記号・番号	被保険者の氏名
-------	---------

事業主が証明するところ	(26) 労務を服することができなかつた期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間						
	(27) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(28) 全額支給した期間又は支給する期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間							
		(29) 一部支給した期間又は支給する期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間							
	(30) 支払った報酬の内訳 (種類の該当が無い時は補記して記入)	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他)									
		通勤費	<input type="checkbox"/> 支給なし	<input type="checkbox"/> 1ヶ月分全額支給 () 円								
		<input type="checkbox"/> 定期券等により前払い及び払戻日	年 月 日から	年 月 日まで	ヶ月分							
			支給額	円	払戻日	年 月 日						
		種類	基本給	残業手当	変動支給 その他	通勤手当 按分額	有給支給				欠勤調整	計
		月分										円
		月分										円
	月分										円	
	月分										円	
	月分										円	
	月分										円	
	月分										円	
	月分										円	
	月分										円	
	備考											
	うえのとおり相違ないことを証明します。										年 月 日	
	(31) 住所											
	事業主 (32) 氏名											
	電話 () 番											

(注意事項)

①訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正してください。

記号・番号		被保険者の氏名	
-------	--	---------	--

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	(33) 傷病名				(34) 発病または負傷の原因							
	(35) 発病または負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	(36) 療養の給付を開始した年月日	平成 令和	年	月	日		
	(37) 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	(38) 左の期間中の診療実日数	日間	令和	年	月	日まで
	(39) うえの(37)の期間中に入院した期間がある場合は、その期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間		
	(40) 労務不能と認められた期間に行った診療内容 ・療養の指示内容・経過概要(検査や手術など、出来るだけ詳しく記入してください)											
	・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											
	・診療期間について下記ア.イにお答えください ア. 診療実日数は医師の診療上の方針や指示ですか											
	イ. この診療実日数を持って請求期間全てが労務不能ですか。労務不能と判断された理由を詳しくご記入ください											
	・療養指導内容、今後の治療計画を詳しくご記入してください											
	・就労見込状況(1、2どちらかに必ずチェックしてください) <input type="checkbox"/> 1. 就労可能の見込み(R 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 2. 現時点では不明											
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日												
(41) 住所												
医師												
(42) 氏名												
電話 () 番												

(注意事項)

①訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ証明者のサインをしてください。

健康保険

傷病手当金支給申請書 (その5)

(1) (第

回目)

記号・番号		被保険者の氏名	
-------	--	---------	--

三菱UFJニコス健康保険組合以外の健康保険組合に加入している場合、本紙の提出が必要です。
提出いただいた領収書は審査後に決定通知書を合わせてご返却いたします。

(43) 領収書(原本)添付欄

(12)の期間に受診した医療機関(病院・調剤薬局)の『領収書(原本)』を添付してください。
※傷病手当金を請求している「傷病名」に関する医療機関発行のもの。

記入上のご注意

【被保険者の方へ】

1. (2)記号・番号は資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。
2. (8)は単に事務員、工員と記入することなく、経理担当事務員、仕上工等具体的に記入してください。(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容を記入してください)
3. (11)は具体的に詳しく記入して下さい。外傷性疾病については、「負傷原因調書」を添付してください。第三者の行為によるものについては、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
4. (12)の期間は原則として、(37)の期間と一致するものですから注意してください。
5. (13)の入院期間は、(12)の期間内で入院したことがある場合のみ記入してください。
6. 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

【事業主の方へ】

1. (26)(27)は該当する欄に算出記入してください。
2. 資格喪失の日後については証明する必要はありません。
3. (28)は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支払った報酬の内訳についてご記入ください。

【療養担当者の方へ】

1. (36)は、(33)の傷病名について、その傷病の初診日を記載してください。
2. (37)は治療期間でなく、療養のため労務に服することが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。
3. (40)は、労務不能と認めた期間に行った診療内容について、医学的な所見を詳しくご記入