健康保険　傷病手当金支給申請書（第　　回目）

※傷病手当金の申請についての詳細は裏面に記載があります。

◎必ず黒色のボールペンで記入してください。
（鉛筆書きの場合は、書類を返却することになります。）

◎ 記入内容を削除・訂正される場合は必ず二重線で訂正してください。

被保険者（申請者）が記入するところ

①	被保険者等記号・番号	—	② 事業所名称	
③	被保険者の（申請者）氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	④ 生　年　月　日	昭 和 ・ 平 成　　年　　月　　日
⑤	被保険者の（申請者）住　所	〒 電話　（　　）　／ 携帯　（　　）		
⑥	仕事内容（具体的に）		⑦ 資格取得年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
⑧	病名とその発症負傷日	(1)　　年　　月　　日 (2)　　年　　月　　日		
⑨	上記病名は病気ですかケガですか	1　病気→発症時の状況を記入 2　ケガ→裏面の負傷届を記入		
⑩	病気・ケガの療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日　　日間		
⑪	仕事を休んだ期間の給与	1 支給あり　2 支給なし		
	1 の場合はその期間と金額	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日まで　　円		
⑫	介護保険法のサービスを受けたとき	保険者名称	⑬ ⑫の傷病名	
⑭	「障害厚生年金」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。	1.はい ➡ 1.障害厚生年金　2.障害手当金 2.請求中（申請中） 3.いいえ		
⑮	上記で「はい」または「請求中（申請中）」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名等をご記入して下さい（「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください）	傷病名		
		基礎年金番号		
		支給開始年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
		年金額	円	年金コード
	上記⑭を受給の方は「年金決定通知書」と「支給額変更通知書」を添付してください			
⑯	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	1.はい　2.労災請求中　3.いいえ		
⑰	「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	労働基準監督署		
⑱	振　込　先	口座名義人の氏名 ﾌﾘｶﾞﾅ	預金種別 普 通 ・ 当 座	銀行・信用金庫 農協・信用組合
			口座番号	支店 ※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください。

※以下の欄は傷病手当金の振込を代理人にする場合記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和　　年　　月　　日 被保険者（申請者）氏名	代 理 人 の 氏 名	被保険者（申請者）との関係
		代理人の住所・電話番号 〒 電話　（　　）	

大阪府貨物運送健康保険組合　〒536-8567　大阪市城東区鴫野西 2-11-2　給付課　06-6965-4052

社会保険労務士の提出代行者

◎左記の証明について、休業以前一カ月分と労務に服さなかった期間の賃金台帳の写しと出勤簿の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日間 ただし、　月　日 ～　月　日まで　出勤・有給　のため除く				
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 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時間給 ・歩合給 ・ その他		
はいの場合、支給した(する)賃金と欠勤控除の計算方法を下記に記入してください。					
支給した(する)賃金内訳	区分＼期間	休業前の報酬(1か月分) 月　日～　月　日分	休業期間中の報酬 月　日～　月　日分	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。	賃金計算
		支払日　/	支払日　/		
	基本給				締日
	通勤手当 (136ヵ月分・　ヵ月分)				日
	手当				
	手当				当月・翌月 日
	計				
職場復帰の有無	ア.[欠勤中(証明日現在)]　イ.[　月　日から出勤]　ウ.[　月　日付で退職]				

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日　担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　電話番号　(　　)

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2)	初診日	(1)平成・令和　年　月　日 (2)平成・令和　年　月　日
発病または負傷の原因		発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日 発病 ・ 負傷
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	診療実日数 (入院期間含む)	日間
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 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		
上記のうち入院した期間	令和　年　月　日 から 令和　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	治癒 ・ 中止 ・ 繰越 ・ 転医
上記期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		入院時間	AM・PM　時頃
		手術日	年　月　日
		退院日	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		復職の見込み	
		ア.　年　月　日頃	
		イ.　現時点では不明	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	平成・令和　年　月　日	
	人工臓器等の種類	人工肛門 ・ 人工関節 ・ 人工骨頭 ・ 人工透析 心臓ペースメーカー ・ その他(　　)	

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地・医療機関名はゴム印でお願いします

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話番号　(　　)

傷病手当金の申請について

傷病手当金

被保険者が業務外の病気またはケガのため仕事を休み、その間、事業所から給与を受けることができなかった時に申請することができます。

支給要件

① 業務外の病気、ケガのための療養であること。
② 仕事が出来ない状態であること。（労務不能であること）
③ 連続３日間の待期期間が完成していること。
④ 休業期間に給与の支払いがないこと。一部支給されている手当等がある場合は傷病手当金を減額することがあります。

必要書類

◎ 担当医師による労務不能であった意見書
◎ 事業主による休業期間の労務不能証明
◎ 休業前１カ月分と休業期間の出勤簿と賃金台帳のコピー

負傷届

◎ ケガの場合は下記の負傷届に記入してください。
※第三者行為の場合は健保組合給付課（06-6965-4052）に連絡をしてください。

その他

◎ 資格取得からおおよそ１年以内の傷病手当金申請については保険加入歴などの確認が必要となる場合があります。
◎ 被保険者死亡の場合で法定相続人が申請する場合は戸籍謄本などの確認書類と権利継承届が必要となります。

負　傷　届

負傷した日時	令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分　頃
どこで負傷しましたか	
何をしているときですか（☑してください）	**勤務時**（☐業務中　☐出張中　☐通勤退勤途上）　**勤務外**（☐出勤前　☐帰宅後　☐休日）
負傷した時の状況（具体的に）	
上記のとおり負傷したことを報告します。　令和　　年　　月　　日 被保険者氏名	