

記入例

申請書は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し、ボールペンで書き直していただきます。

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。)

① 被保険者等 記号・番号	1234 — 56	② 事業所名称	株式会社 ○○運送
③ 被保険者の (申請者) 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	④ 生年月日	昭和平成 ○年×月△日
⑤ 被保険者の (申請者) 住所	〒123-4567 大阪市城東区○○ 電話 () / 携帯 080 (○○) □□	⑦ 資格取得年月日	昭和平成 令和 28年5月5日
⑥ 仕事内容 (具体的に)	トラックドライバー		
⑧ 病名とその 発症負傷日	(1) 右上腕骨折 令和○年12月8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	休業中であっても空欄にせず、 必ず日付を記入して申請して下さい。 例：給料の締日毎の申請 など	
⑩ 病気・ケガの療養のため 休んだ期間(申請期間)	令和 ○年 12月 8日 ~ 令和 ○年 12月 31日 24日間		
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		
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⑮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	預金種別	銀行・信用金庫 農協・信用組合
	フリガナ カ マルマルウソウ 株式会社 ○○運送	普通・当座 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。	代理人の氏名	被保険者(申請者)との関係
	令和 △年 2月 25日	カ マルマルウソウ 株式会社 ○○運送	雇用主
	被保険者(申請者)氏名 健保 太郎	代表者 貨物 一郎	
		代理人の住所・電話番号 〒111-2222 大阪市城東区×× 電話 06 (××) △△	

注)振込希望口座の名義人が被保険者以外の場合は、
受取代理人の欄に記入が必要です。

本人の申請期間の内、
会社を休んでいる期間を記
入してください

注) 併せて休業前1ヶ月と休業中の賃金台帳と出勤簿の写しを添付
してください。(休業月に賃金が支払われている場合、計算方法を記
入してください)

労務に服さなかった期間	令和 ○年 12月 8日 ~ 令和 ○年 12月 31日まで 24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
上記の場合、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。	
区分	期間 11月1日~11月30日分 12月1日~12月31日分
支払日	12/10 1/10
基本給	220,000円 60,000円
通勤手当	13,200円 3,600円
住宅手当	10,000円 2,728円
扶養手当	10,000円 10,000円
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]
記のとおり相違ないことを証明します。	令和 △年 2月 26日 担当者氏名 ○○
業所所在地	大阪市城東区××
事業所名称	株式会社 ○○運送
事業主氏名	代表者 貨物 一郎 電話 06 (××) △△

労務に服さなかつた期間の内、出勤や有給休暇の期間があれば、記入してください。

通勤手当を複数月分支給している場合(●月~○月分)等内訳を余白に記入してください。

注意!
診断書の添付では申請できません。
必ずこの欄に医師の意見を記入してもらってください。

※医師が記載する欄※

仕事を休む原因となった病気(ケガ)で受診している医師にこの欄の記載を依頼してください。

※申請する期間が過ぎてから、医師に依頼してください。
例:申請期間 令和○年12月8日から令和○年12月31日まで
→ 12月31日以降に医師(病院)に依頼

※この意見書の交付には、1枚につき1,000円の診療報酬が発生し、
規定の一部負担金をお支払いいただくこととなりますので、
できる限り期間をまとめて請求してください。

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名	(1)	初診日	(1)平成・令和 年 月 日
傷病名	(2)	再診日	(2) 年 月 日
発症または負傷の原因		発病・負傷	年 月 日
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
診療日及び入院した期間	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	健康保険 国民健康保険 労災保険 公費 自費 他		
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
		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所見		復職の見込み	
		イ.現時点では不明	
人工透析を実施または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		
人工臓器の種類	人工肝臓 人工関節 人工骨頭 人工透析		
所在地・医療機関名	医療機関の名称		
	医師の氏名		
	電話番号		

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

交通事故やケンカなどのケガで傷病手当を申請する場合は、**第三者行為届の提出が必要**です。
必ず事前に健保組合にご連絡ください。

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係（06-6965-4052）に連絡してください。

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 12月 8日 (日) 午前 午後 6時 00分 頃
どこで負傷しましたか	自宅周辺の道路
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)	休日のジョギング中、朝方で道が暗かったため道路の段差に気づかず、つまづいて 右ひじから地面につく形で倒れこみ、右腕を骨折した。
上記のとおり負傷したことを報告します。	令和 △年 2月 25日
被保険者氏名	健保 太郎