

◎この申請書は A3(1 枚)または A4(2 枚/両面不可) で印刷ください

被保険者
記入、申請の注意

7 「被保険者が記入するところ」は、残れなく記入、該当に○しててください。
6 (10)の厚生年金保険の障害厚生年金、障害手当金、老齢年金(退職者のみ)等を受けることができる場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額よりも少ないときは、その差額が支給されます。年金証書および金額が確認できる振込(改定)通知等の写しを添付してください。
5 (9)の期間中他の医師に診療を受けているときは、その医師から、その期間について労務不能と認められるかどうか別に意見を書いてもらってください。
4 (8)の「発病又は負傷の原因」欄は、くわしく記入してください(未記入および「不詳」は受付できません。原因不明の場合、発症当初の状態を記入してください。)
3 (8)の「発病又は負傷の原因」欄は、くわしく記入してください(未記入および「不詳」は受付できません。原因不明の場合、発症当初の状態を記入してください。)
2 (8)の「発病又は負傷の原因」欄は、くわしく記入してください(未記入および「不詳」は受付できません。原因不明の場合、発症当初の状態を記入してください。)
1 (8)の「発病又は負傷の原因」欄は、くわしく記入してください(未記入および「不詳」は受付できません。原因不明の場合、発症当初の状態を記入してください。)

◎事業所担当者
内容確認(自署)

所 属 (略号)	氏 名

常務理事		事務長		係	
決議					
決定額	円				
支給期間	年 月 日	取得	年 月 日	支給開始日	年 月 日
喪失		標準報酬額	円	.000	
法108条	日間	一部不支給期間			
	日間	月 日より 月 日まで療養の為労務不能と認めず			
	日間	月 日から 月 日までのうち 日間有給・出勤によるため			
	日間	月 日より 月 日までの前回支給済			
	日間	年 月 日 以降給付期間終了			

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

金融機関名	銀行 本店 給与振込 普通 預金の 名義人	信用金庫 支店 口座番号	付)
(1) 被保険者等の記号と番号	記号 番号	(2) 被保険者(請求者)の氏名	昭・平 年 月 日生
(3) 被保険者の現住所	〒 TEL ()		
(4) 事業所の名称	(5) 仕事の内容		
(6) 傷病名	(7) 発病又は負傷年月日	年 月 日(曜日)	
(8) 発病又は負傷したときの原因(または発症時の状態)	負傷または発症した場所 □事業所内 □自宅 □その他() (できる限り詳しく記入)		
原因は労災(通災等)、第三者行為(交通事故やけんか等)ですか □はい(事業所に確認ください) □いいえ			
(9) 申請期間・療養のため休んだ期間 ((19)で医師の認めた期間内であること)			
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで 日間			
(10) ①障害厚生年金(手当金) または ②(退職した方のみ) 老齢厚生年金を受給していますか	□受給中 (□① □②) □申請中 (□① □②) □受給していない		
受給開始年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 円/年 障害年金(手当金)を受給・請求中の傷病名(①の場合):			
(11)《同意欄》			
私は健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ミツバ健康保険組合が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関がミツバ健康保険組合に回答、および資料提供することに異議なく同意いたします。 ※本同意の写しも有効とさせていただきます。			
ミツバ健康保険組合 殿			
令和 年 月 日			
被保険者または請求者氏名(自署):			
被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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資料が必要です。)			
[備考]			

◎被保険者記入欄（担当医師への意見依頼前に記入）

被保険者記号		番号	
被保険者氏名			
申請期間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日		

事業主

証明上の注意

3

2

1

(12)の労務に服さなかった日、(13)の報酬支給の有無は、出勤簿・賃金台帳等により正確に記入してください。

(13)の基本給、手当は「欠勤日数に関係なく全額支給したもの、労務に服さなかった期間(月)の報酬」をそのまま記入してください。なお、手当の呼称が相違するときは、適宜事業所で使用している呼称に書きかえてください。

3

労務に服さなかった期間が三ヶ月以上にわたるときは、(12)欄と同じものを作成し(12)欄上にはり、その箇所に事業主の割印をしてください。

療養を担当された

医師の方へのお願い

3

2

1

できるだけめれなく記入してください。

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

(18)の「療養の給付開始年月日」は同一疾病又は前に受診している傷病に起因するときは前の傷病の開始日を記入してください。

事業主の証明欄	(12)	記入例：欠勤(報酬無)は[/]・有給(休)は[有]・遅早退は[遅]/[早]・会社の休日は[休]
	労務に服さなかった期間	月 日
	月 日	月 日
	月 日	月 日
	計 日間	月 日
	(13)	基本給
	(12)の期間中における報酬の支給状況	すでに支給したか、又は、これから支給するときは 令和 年 月 日から 金 円 令和 年 月 日まで (月 日支払) 予定・済 諸手当 通勤手当 手当 手当 手当 前払退職金 現物支給 住宅 計 月分 月分 月分 円 円 円
	現在の状況	☐ 休職中 ☐ 復職・復職予定(令 年 月 日) ☐ 退職・退職予定(令 年 月 日) (所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地・名称 事業主の氏名	

担当医師の意見記入欄	(14)患者氏名	(男・女)		
	(15)傷病名	(16)発病又は負傷の原因		
	(17)発病又は負傷年月日	年 月 日	(18)療養の給付開始年月日	年 月 日
	(19)労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	左の期間中の診療実日数 (24) 日 左の期間中の最終診療日 (25) 月 日 最終診療日の投薬日数 (26) 日	
	(20)入院の場合はその期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	(21)・(19)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			
	症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見（未受診の場合も必ずご記入ください）			
	上記のとおり相違ありません。（所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。） 令和 年 月 日 所在地 保険医療機関の 名称 医師氏名 電話番号			