

# 記 入 例

支 給 額	円	支給開始日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
支給内訳	円	前回の支給期間	年 月 日から	標準報酬月額	千円
傷病手当付加金	円		年 月 日まで	報酬日額	円
支 給 期 間	年 月 日	全額・一部支給期間	年 月 日まで	備考	

雪の聖母会健康保険組合  
使用欄のため記入しないで  
ください。

## 傷病手当金・傷病手当付加金支給申請書 (第 1 回目)

◎記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」添付書類について、確認してください。

⑦ 被保険者証の 記号・番号	記号	番号	⑧ 被保険者の ③ 仕事の内容	〇〇所属 看護師
② 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ) ケンボ ハナコ	健保 花子	④ 被保険者の 生年月日	〇〇年〇月〇日
② 被保険者 (請求者)の 住 所	(フリガナ) フクオカケン クルメシ 〇〇マチ 123-12 △△マンション 102 福岡 久留米市〇〇町 123-12 △△マンション 102 電話 ( )			
④ 傷 病 名	1) 鎖骨骨折	⑦ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	1) 2019年 4 月 25 日	
⑦ 発病又は 負傷の原因	4月22日私用で買い物に外出中、道路で 転倒し、左肩を強打した。			④ ⑤ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>(はいの場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください)</small>
⑥ 療養のため 休んだ期間 (申請期間)	2019 年 4 月 26 日 から		25 日間	
② 上記⑥の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けません			
② 上記②で「受けた」(今後受ける)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)期間を記入してください。	2019年4月21日から		2019年5月20日まで 47,000円	
③ 『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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金			
② 上記②で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる) 傷病名を記入してください。	(傷病名)			
② 上記②で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年 金 額
② 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢また は退職を理由とする公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中			
② 上記②で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年 金 額
⑦ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中			
⑦ 上記⑦で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の 労働基準監督署名を記入してください。	支給(請求)労働基準監督署名		労働基準監督署	
⑧ 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	
⑨ 振込希望口座名	〇〇	〇〇	本店 支店 出張所	
⑨ 振込希望口座名	預金 普通 口座	〇 〇	(フリガナ) ケンボ ハナコ	(氏) 健保 花子
⑨ 振込希望口座名	種別	当座 番号	1 2 3 4 5 6 7	口座 名義

① 被保険者証の記号および  
番号を記入してください。

② 被保険者の氏名を記入して  
ください。被保険者が亡くなら  
れて、ご遺族の方が申請する場  
合は、申請者の氏名を記入し  
てください。④欄の住所も同様  
です。④の生年月日は被保険  
者が亡くなられた場合でも、被  
保険者の生年月日を記入して  
ください。また、被保険者(申  
請者)本人が氏名を署名した場  
合は、押印は不要です。被保  
険者(申請者)以外の方が記入  
する場合は、押印を省略するこ  
とは出来ません。

③ 〇〇所属、看護師、〇〇士、  
〇〇事務等具体的に記入して  
ください。

④ 日時、場所、何をしていたとき  
等具体的に記入してください。  
なお、傷病の原因が負傷(捻  
挫、打撲、骨折など)の場合は  
別紙、「負傷原因届」を申請書  
に添付してください。

⑤ ②の欄で「はい」と答えた場合  
は「第三者行為による傷病届」  
の提出が必要となります。  
(初回申請分のみ)

⑥ 療養のため労務に服すること  
ができなかった期間とその日  
数(公休日を含む)を記入して  
ください。

### 【添付書類について】

- 初回申請時には、労務に服できなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議事録の写しを添付してください。
- ⑦の欄で「障害厚生年金」を受給している場合は、「障害厚生年金」の支給決定通知書の写しを添付してください。⑦の欄で「障害手当金」を受給している場合は、「障害手当金」の支給決定通知書の写しを添付してください。
- ⑦の欄で「労災保険から休業補償給付を受けている」と答えた場合は、「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付してください。
- ⑤の欄で「はい」または「請求中」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
- 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が申請する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

<事業主の方へ>

② 勤務状況(出勤)は○、有給は△、公休は□、欠勤は/でそれぞれ表示してください。

24年4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	3日	5日
24年5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	0日	8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	日	日

③ 労務に服さなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。  
 はい ・  いいえ

④ 給与の種類

⑤ 賃金計算

⑦ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。

期間	4月21日	月 日	月 日
区分	～5月20日分	～ 月 日分	～ 月 日分
	支給額	支給額	支給額
基本給	30,000円	円	円
通勤手当	5,000円	円	円
住宅手当	12,000円	円	円
扶養手当	0円	円	円
手当	0円	円	円
計	47,000円	円	円

④ 給与の種類

月給	日給・月給	締日	20日
日給	歩合給	支払日	当月翌月 25日
時間給	その他		

●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。 ○○年○月○日

事業所所在地 久留米市○○町○○-○○

事業所名称 ○○法人 ○○会 ○○病院

事業主氏名 理事長 ○○ ○○ (印) 電話 0942 (○○) ○○○○

※「初回申請分」には、労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

① 資格喪失日以降の期間に関する申請については、証明の必要はありません。

② 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は□で、欠勤の場合は/で表示してください。

③ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

④ 給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。

⑤ 賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。

⑥ 療養担当者(医師等)に証明を受けてください。

⑥ 患者氏名 健保 花子

⑦ 傷病名 ① 鎖骨骨折 ② 療養の給付開始年月日(初診日) ③ 2019年4月25日

発病または負傷年月日 2019年4月25日 発病負傷

⑧ 発病または負傷の原因 鎖骨部強打

⑨ 労務不能と認められた期間 2019年4月26日から 25日間 2019年5月20日まで

⑩ のうち入院期間 年 月 日から 日 入院 療養費用の別 (健保) 自費 公費( ) その他

療養費用の別	転	帰	治癒	継続	中止	転院
--------	---	---	----	----	----	----

診察実日数 7日 ⑪ 診察日を○で囲んでください

⑫ 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(詳しく)

⑬ 鎖骨を骨折し、4/25初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。

⑭ 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

⑮ 骨折した部位が固定するまでは安静が必要で、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき

人工透析を実施または人工臓器を装着した日	年 月 日
人工臓器等の種類	ア.人工肝臓 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。 ○○年○月○日

医療機関の所在地 久留米市○○町○○-○○

医療機関の名称 ○ ○ 病 院

医師の氏名 健 康 太 郎 (印) 電話 0942 (○○) ○○○○

<療養担当者の方へ>

⑦ 複数の傷病名がある場合は、(1)から主たる病名を順次記入してください。

⑧ ⑦の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

⑨ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。また、証明日以前の期間を記入してください。

⑩ 症状および経過からみて労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。

○○年○月○日提!

雷の聖母会健康保険組合