健康保険傷病手当金支給申請書（第　　回）

被保険者 記入

被保険者記入欄

① 被保険者証記号・番号	記　号		② 被保険者（申請者）の氏名	
	番　号			
④ 事業所の名称			③ 被保険者（申請者）の住所	〒　　－ 電　話　（　　）　　－
⑤ 被保険者の仕事の内容				
⑥ 傷病名	□ 療養担当者記載の傷病名 □ その他（　　）		⑦ 発病・負傷の原因	（複数回答可） □ 仕事以外の私的な事情が原因の疾病 （療養担当者の意見記入欄に業務上の理由のみが記載された場合は、本人了承の上、産業医等による仕事以外での理由書を添付して下さい） □ 仕事中に発症したが労災には該当しないもの □ 仕事が原因の病気→労働基準監督署にご相談ください □ 仕事が原因のケガ→労働基準監督署にご相談ください □ 第三者行為（交通事故等）→健保へご連絡ください
⑧ 療養のため休んだ期間（申請期	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで			
⑨ 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬は	□ 一部支給される（交通費等、一部減額されない場合）　□ 支給されない			
⑩ 今回傷病手当金を申請するものと同一の疾病で「障害厚生年金」または「障害手当」を受給していますか。（同一の疾病で障害年金等を受給している場合、支給額を調整します）	□ はい □ いいえ			
⑪ 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。（公的年金を受給している場合、支給額を調整します）	□ はい □ いいえ			
⑫ 今回の傷病手当金を申請する期間において、別疾病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	□ はい（請求中含む） □ いいえ			

※給付金の受領を委任される場合は2ページ目の受取代理人欄の署名を忘れずにご記入ください。
※1ページ～3ページ（同意書）をセットで事業所へご提出ください。

医師等 記入

療養担当者の意見記入欄

患者氏名			
傷病名	1) 2)	療養の給付の開始年月日（初診日）	1)　年　月　日 2)　年　月　日
労務不能と認めた期間	（期間が空く場合は別紙にてご記載ください。） 年　月　日から 年　月　日まで	発病・負傷の原因は	健康保険は労働者の業務災害以外の疾病、負傷等に対して給付を行うものです。業務上の場合は労働者災害補償保険法となり傷病手当金の対象外となります。

診療日 ○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
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

「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等

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
※業務外の原因による傷病の治療が服薬や通院療法とともに安静が必要な具体的な理由をご記入ください。
（保険医療機関及び保険医療養担当規則第二条の四）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在
医療機関の名称
医　師　の　氏　名

電話　（　　）

2024.2

被保険者証	記号		被保険者	
	番号		氏　名	

事業主 記入

労務に服することができなかった期間を含む報酬計算期間（給料締日翌日～締日）の勤務状況および報酬支払状況等を記入してください。

事業主が証明する欄

①就労状況	出勤-○　公休-公　欠勤-／　有給-△　として、締め日翌日から締め日まで記入してください。
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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

②１か月分の基本給・諸手当の額	通常支給の額	実際に支給した報酬内訳（支給の有無に関係なく、給料の締日単位で記入） 月　日～月　日分	月　日～月　日分	月　日～月　日分	月　日～月　日分
基本給	円	円	円	円	円
住宅　手当（1か月）	円	円	円	円	円
通勤　手当（1か月）	円	円	円	円	円
家族　手当（1か月）	円	円	円	円	円
手当（1か月）	円	円	円	円	円
手当（1か月）	円	円	円	円	円
残業　手当（	円	円	円	円	円
その他（　）	円	円	円	円	円
総支給額	円	円	円	円	円

③担当者氏名をご記載下さい	氏　名	④欠勤控除計算方法等（報酬を控除した場合記入・別紙添付可） 例：基本給-《基本給÷20.5（所定労働日数）×欠勤日数》＝控除額 等 （上記金額のわかる形式で記載）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話　（　）

※出勤簿および給与明細等の添付は不要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

被保険者 記入　受取代理人 記入

受付日付印

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 令和　年　月　日 氏　名 【自署】	
委任された受取代理人（事業主等）	住　所 氏　名	被保険者（申請者）者と受取代理人との関係
窓口受領者	令和　年　月　日 氏　名	

名古屋木材健康保険組合

※退職後等の給付を被保険者(申請者)本人口座へ希望される場合は、別途「振込先銀行口座記入用紙」の提出が必要となりますので、当健保までご連絡ください。

社会保険労務士の提出代行者	

被保険者のマイナンバー記入欄												

※被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。

※1ページ～3ページ（同意書）をセットで事業所へご提出ください。

同　意　書

　私が請求しました（　　傷病手当金　　）について、名古屋木材健康保険組合が保険給付の（　　傷病手当金　）支給決定をするための参考として、医療機関及び関係機関に照会をすることに同意します。

名古屋木材健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

〒　　－

被保険者本人（自署）　　住　所

（健康保険被保険者証　記号　　番号　　）

氏　名

※同意書は毎回必要です。