健康保険傷病手当金支給申請書（第　　回）

○記入の方法は3、4ページを参照してください
○本申請に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑳委任状欄に記入してください

被保険者が記入するところ

①	被保険者の記号・番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）氏名	
③	被保険者の生年月日	昭和 平成　　年　月　日	④ 事業所名	（既に退職している場合は退職前の事業所名）
⑤	被保険者（申請者）の現住所	〒　　電話　（　　）		
⑥	被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和　　年　月　日	⑦ 被保険者の仕事の種類（詳しく）	（既に退職している場合は退職前の仕事の種類）
⑧	発病または負傷の年月日	年　月　日	⑨ 傷病名	
⑩	発病または負傷の原因	（　年　月　日（　）午前・午後　時　分頃　負傷・発病）できるだけ詳しく 負傷の場合、裏面の「負傷原因記入欄」も記入してください。		
⑪	申請期間の症状および経過を詳しく		⑫第三者行為によるものですか いいえ ・ はい 「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。	
⑬	疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
⑭（1）	上記⑬の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか	ア 受けた　イ 受けない　ウ 受けられる　エ 受けられない		
⑭（2）	報酬を受けたとき、その報酬の額とその支払いの基礎となった（なる）期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　の分として　円		
⑮	老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名
⑯	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
⑰	障害厚生年金を受給していますか	はい・いいえ・申請中	⑱ 資格喪失者および任意継続被保険者の方で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	はい・いいえ・請求中
	受給している場合または請求中の場合はその原因となった傷病名			
⑲	労災保険から休業補償給付を受けている傷病手当金の申請ですか	いいえ 労災請求中 はい	左の欄で「労災請求中」または「はい」の方は右欄を記入してください	（支給）労働基準監督署名
			※「はい」の方は支給決定通知書の写しを添付してください	

⑳委任状

被保険者（申請者）	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。 令和　年　月　日		
	住所		
	氏名		
受領代理人	住所		
	氏名	委任者と代理人との関係	
	電話番号		

令和　年　月　日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	

東京都自動車整備健康保険組合

※「初回申請分」には、申請期間とその期間前１ヶ月分の賃金台帳・出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。
なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳（写し）の余白欄にその計算式を記入してください。

事業主が証明するところ

㉑労務に服さなかった期間（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください）			出勤	有給
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	計	日	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	計	日	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	計	日	日

㉒ 職場復帰しましたか	ア　欠勤中（証明日現在） イ　月　日から出勤 ウ　月　日付で退職	㉓ 報酬の締切日 支払日	日締め	（当月・翌月） 日払い	㉔ 報酬の支払い形態	ア　月給制　イ　日給月給制 ウ　日給制　エ　時間給制 オ　その他（　　）

㉕ ㉑の期間中の分として報酬を全額または一部支給する場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分として	円（　月　日支払）
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分として	円（　月　日支払）
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分として	円（　月　日支払）
㉖ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨		

㉗ うえ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
事業主氏名
電話番号　　担当者氏名

療養担当者が意見を書くところ

患者氏名			
㉘ 傷病名	（1） （2） （3）	㉙ 療養の給付開始年月日（初診日）	（1）　年　月　日 （2）　年　月　日 （3）　年　月　日
㉚ 発病または負傷の原因		㉛ 発病または負傷の年月日	年　月　日
㉜ 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	㉝ 左の期間の診療実日数	（入院期間も含む）　日間
㉞ 上記㉜の期間中における傷病の主状態および経過概要 ※詳しくご記入ください			
㉟ 症状経過から見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			
㊱ 上記㉜の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	㊲ 転帰	治癒　継続　中止　転医
		㊳ 療養費用の別	健保　自費　公費　その他

診療実日数	日	診療日を○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
			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

㊴ 人工透析を実施または人工臓器を装着したときに記入する欄	A　人工透析を実施または人工臓器を装着した日	年　月　日	
	B　人工臓器等の種類	ア　人工肛門　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（　　）	

㊵ うえのとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関所在地
医療機関名称
医師の氏名
電話番号

《被保険者が記入するところ》

◆ ②は被保険者本人の氏名を記入してください。被保険者本人が死亡後に法定相続人が申請するものであるときは申請者の氏名を記入してください。（この場合は被保険者との続柄を記すとともに、その関係を証する書類を添付していただくことがあります。）

◆ ⑦は「工場で〇〇製造」「事務員」「営業」等、具体的に記入してください。

◆ ⑧は内科的疾病でハッキリわからないときは、「〇〇年〇〇月頃」「不詳」などと記入してください。

◆ ⑩は「いつ」「どこで」「何をしていて」「どのようにして」負傷・発病したかを記入してください。また、内科的疾病の場合は「いつ頃から」「どうなって」「仕事を休み（早退し）」「いつ、医師の治療を受けた」等初回時には詳しく記入してください。

◆ ⑪は申請期間にかかる病状・経過・医師からの指導内容等を詳しく記入してください。

◆ ⑬は療養のために休んだ期間を暦日で記入してください。休み始めの早退については期間に含みます。途中、出勤した場合および有給休暇を使用した場合は具体的な日付を記入してください。

◆ ⑭の(1)は申請書を提出するとき、現在までのことを「受けた」「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けてマルを付けてください。

◆ ⑭の(2)は「受けた」「受けられる」の場合、「〇〇～〇〇までの分として交通費〇〇円」などと記入してください。

◆ ⑰･⑱は受給している障害年金等がある場合、該当する項目にマルを付けてください。

《事業主が記入するところ》

◆ ㉕は㉑の期間についての報酬の支給の有無について証明するものです。有給休暇扱いで報酬が支給されるとき、又は支給した場合は、「５月１日から５月１０日まで有給扱い１００，０００円」などと記入してください。また、通勤手当など月額で支給される報酬があるときは、「４月１日から４月３０日まで通勤手当３０，０００円」などと記入してください。

◆ ㉖は「（上記の他は）現在までにも、また将来も支給しない」と記入してください。

◆ ㉗の証明年月日は必ず記入してください。

《医師が意見を書くところ》

◆ ㉘は複数の傷病名がある場合、（１）から主たる病名を順次記入してください。

◆ ㉙は初診日ではなく、その疾病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。

◆ ㉞は㉜の期間中における「主たる症状および経過概要」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく記入してください。特に手術をした場合は術式名と手術年月日を記入してください。

◆ ㊴は人工透析を実施、又は人工臓器を装着した場合、Ａ･Ｂに記入してください。

《共通する事項》

◆ 訂正するときは、必ず二重線で抹消し訂正者の氏名を記入してください、修正液等は使用しないでください。

◆ 期間の計算は両端を入れて間違いなく計算してください。例えば６月３日から６月１０日までは８日間となります。

負傷原因記入欄	初回申請時のみ記入してください 相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。	
負傷の原因について記入してください（該当する□にチェック（☑）を記入してください）		
被保険者が記入するところ	【負傷日時・場所】 1．　いつケガ（負傷）をしましたか 年　月　日　（　曜日） □午前・□午後　時　分頃 2．ケガ（負傷）をした日は次の日のうちどの日でしたか □出勤日　□休日（定休日・休暇含む） □その他（　） 3．ケガ（負傷）をした時は次の日のうちどの時間帯でしたか □出勤時間中　□通勤途中（□出勤・□退勤） □出張中　□私用　□その他（　） 4．ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか □会社内　□道路上　□自宅 □その他（　） 5．ケガ（負傷）をした原因で次に当てはまる場合がありますか □交通事故　□暴力（ケンカ） □スポーツ中（□職場の行事　□職場の行事以外） □動物による負傷（飼い主□有　□無） 当てはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手　□有　➡　□あなたは被害者 □無　□あなたは加害者	【受診した医療機関】 6．診療を受けた病院名とその期間等 病院名 年　月　～　年　月　□治ゆ　□治療中 病院名 年　月　～　年　月　□治ゆ　□治療中 7．負傷した時の状況（原因）を具体的に記入してください 8．申請者が代表取締役等役員の場合 労災保険に特別加入していますか　□加入有　□加入無