※健保組合使用欄	決議	年　月　日	決定	年　月　日
・　・　取得	金額		常務理事	事務長 / 課長 / 主任 / 扱
・　・　喪失				
標準報酬　年　月　千円	支給期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	不支給の理由	1.療養のため労務不能の状態とは認められないため 2.報酬支給のため　3.出勤のため　4.重複請求のため 5.期間満了のため　6.資格喪失後のため　7.待期未完のため
傷手日額　円/日			現物給与	一部報酬受給により控除　¥
・　・　療養開始	不支給期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	(　・　・　から　・　・　まで　日間　1日　円)	
・　・　支給開始				

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第　回目）

被保険者(申請者)情報

被保険者証記号・番号	記号　番号	申請年月日	年　月　日
氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	住所	(〒　ー　)
		電話番号（日中の連絡先）	TEL　(　)

振込先指定口座

金融機関名称	銀行　その他　本店 金庫　(　)　支店 信組　出張所	預金種別 口座番号	普通　その他 当座　(　)
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人

「2. 代理人」の場合は必ず**記入・押印**ください。(**押印省略不可**)

受取代理人の欄

被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　年　月　日 氏名　住所は「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人)	(〒　ー　)　TEL　(　) 住所 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名 委任者と代理人との関係

申請内容

1 傷病名	1) 2) 3)	2 発病または負傷年月日	1)　年　月　日 2)　年　月　日 3)　年　月　日
3 療養のため休んだ期間(申請期間)	年　月　日から 年　月　日まで	日数	日間
4 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)			

確認事項

1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ	**「はい」**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)期間をご記入ください。	年　月　日から 年　月　日まで 報酬額　円
2 「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 2. 請求中 3. いいえ ↓ 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金	**「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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 **「請求中」**と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 **(年金証書の写しを添付してください。)**	傷病名 基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日　年　月　日 年金額　円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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。受給している場合、その名称ご記入ください。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ ↓ 名称	**「はい」**または**「請求中」**と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 **「請求中」**と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 **(年金証書の写しを添付してください。)**	基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日　年　月　日 年金額　円
4 今回の申請は第三者行為(交通事故など)や労災(業務・通勤)による負傷ですか	1. 第三者行為 2. 労災 3. いいえ	**「第三者行為」**または**「労災」**と答えた場合、負傷した場所や日時、原因などをご記入ください。	場所 日時　年　月　日AM・PM　時頃 原因

北海道コンピュータ関連産業健康保険組合

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。
また、当該期間の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況　【出勤は〇】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

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	1. はい 2. いいえ	給与の種類	1. 月給　4 時間給 2. 日給　5. 歩合給 3. 日給月給　6. その他	賃金計算	締　日	日
					支払日	1. 当月 2. 翌月　日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した(する)賃金内訳　期間／区分	単価	月　日 ～ 月　日分	月　日 ～ 月　日分	月　日 ～ 月　日分
		支給額	支給額	支給額
基本給				
通勤手当				
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
計				

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
(添付の賃金台帳に記載することで省略可)

上記のとおり相違ないことを証明する。　　年　月　日

担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話　（　　）

療養担当医師が意見を記入するところ

患者氏名

傷病名	(1) (2) (3)	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
発病または負傷の年月日	年　月　日	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	うち入院期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで　入院
診療実日数　日	診療日を〇で囲んでください。	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
就労禁止･自宅療養の指示	1. あり（　年　月　日から　年　月　日まで）　2．なし		
通院の指示	1. あり（（月・週・日）　回）　2．なし（理由：　）		
転帰	1. 治癒　2. 繰越　3. 中止　4. 転医		

上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)

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

上記のとおり相違ありません。　　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　　電話　（　　）

※ 詳細に記入されていない場合や記入もれがある場合等、医師意見欄の補足として照会させていただく場合があります。また、当健康保険組合を資格喪失した方から傷病手当金の申請があった場合は、診療報酬明細書と同様の内容を照会させていただく場合がありますので、予めご了承願います。

(2022.1)