

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者の （右づめ）			☐ 昭和			
			☐ 平成				
			☐ 令和				
	氏名	(フリガナ) -----					
住所	(〒) 都 道 府 県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（在職中の方は☑を入れてください。任継者はいれないでください。）							

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()										本店 支店 出張所 本所 支所																									
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 ☐ 2. 当座 4. 通知	口座番号								左づめでご記入ください。																										
	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。) <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																		口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

在職中の方は振込先指定口座は書かずに「口座名義の区分」を「2」として「受取代理人の欄」の「被保険者（申請者）」にご記入ください。任継者・休職者は「1」として振込先をご記入ください。

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 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
代理人 (口座名義人)	(〒) TEL () 住所 (フリガナ) _____ 氏名		委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

- ・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
- ・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書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

[illegible]

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(2019.5)

受付目付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	☐ 1. 病気 (発病時の状況) ☐ 2. ケガ → 負傷原因報告書を併せてご提出ください		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(和暦) 年 月 日 から 日数 まで 日間		
5 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		
	1 - ① 「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 報酬額 年 月 日 まで	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 → ☐ 1. 障害厚生年金 ☐ 2. 請求中 ☐ 2. 障害手当金 ☐ 3. いいえ		
	2 - ① 「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。	傷病名 基礎年金番号 年金コード		
	「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。	支給開始 〇昭和 〇平成 〇令和 年金額 年月日 年 月 日 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 → 名称 ☐ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ		
	3 - ① 「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。	基礎年金番号 年金コード		
	「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。	支給開始 〇昭和 〇平成 〇令和 年金額 年月日 年 月 日 円		
	4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	☐ 1. はい 3. いいえ ☐ 2. 労災請求中		
	4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署		
5 介護保険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	

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	(1)											療養の給付開始年月日	(1)	年	月	日																	
		(2)											(2)	年	月	日																		
		(3)											(3)	年	月	日																		
	発病または負傷の年月日	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因																												
	労務不能と認められた期間	年	月	日から	年		月	日まで	日間																									
	うち入院期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	入院	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他	転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																					
	診療実日数	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
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)														手術年月日				年	月	日														
														退院年月日				年	月	日														
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																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき														人工透析の実施または人工臓器を装着した日				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日				人工臓器等の種類				☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ 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																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名														電話				()																

記入例

療養担当者が意見を記入するところ	1 患者氏名	協会 太郎																																			
	2 傷病名	(1)	鎖骨骨折										療養の給付開始年月日	(1)	平成 26	年	4	月	22	日																	
		(2)											(2)	年	月	日																					
		(3)											(3)	年	月	日																					
	発病または負傷の年月日	平成 26	年	4	月	22	日	☒ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因	左肩部強打																											
	労務不能と認められた期間	平成 26	年	4	月	22	日から	平成 26		年	5	月	12	日まで	21	日間																					
	うち入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間	入院	療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他	転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																						
	5 診療実日数	診療日を 〇で囲んで ください。	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		
			5	月	〇	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	〇	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			
上記の期間中における「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)														手術年月日				平成	年	月	日																
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。														退院年月日				平成	年	月	日																
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																																					
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、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														人工透析の実施または人工臓器を装着した日				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日				人工臓器等の種類				☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()											
上記のとおり相違ありません。														平成 26				年	5	月	22	日															
医療機関の所在地														東京都品川区△△ 1-1																							
医療機関の名称														〇〇総合病院																							
医師の氏名														保険 五郎				電話				03	(△△△△) △△△△														

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 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ご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

6 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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

傷病手当金療養状況・日常生活状況調査票

(今回、請求される期間について出来るだけ詳しく書いて下さい。傷病手当金の支給は、収入の補填ですので所得や雇用保険の給付金等について不明な点を健保から照会する場合があります)

記号		番号		記入日	年	月	日					
氏名				生年月日	年	月	日					
住所	〒 電話番号 ()											
療養状況												
傷病手当金の傷病名												
病院のかかり方	①入院中 ②毎日通院 ③週に 回通院 ④月に 回通院 ⑤その他(→これは医師の指示ですか? はい・いいえ)											
受診日について	①予約を取ってから行く ②医師から指示された日に行く ③自分の都合の良い日に行く ④薬がなくなると行く											
診療日 (今回の請求期間のうち、診療日に○をして下さい)	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
通院の仕方	①自転車 ②公共交通機関利用 ③自分で自動車を運転 ④人にのせてもらって自動車 ⑤徒歩 ⑥その他()											
医師から治療についてどのような注意、指示を受けていますか?												
現在の体の調子(自覚症状を詳しく)												
薬は1日に何日分もらっていますか?	① 日分 ② 週間分 ③もらっていない											
薬をもらっている場合服用できていますか?	①毎日服用 ②おおむね毎日服用 ③服用できていない											
日常生活の状況												
毎日どのように過ごしていますか?(いずれかに○し、回数や内容を回答してください。)												
①1日()時間ほど横になっている ②1日中横になっている ③散歩する 1日()回()分位 ④軽い仕事をする(どのような:) ⑤その他()												
その他、どのようなことをしますか?(当てはまるもの全てに○)												
①テレビを見る ②家族や友人と会話 ③スマホやタブレットを操作 ④読書												
症状の経過はどうですか?	①良くなっている ②少し良くなっている ③余り変わらない ④少し悪くなっている ⑤悪くなっている											
いつ頃から仕事にすることが出来そうですか?	① 年 月頃 ②見通しがたたない											
雇用保険(失業給付)受給の有無	有・無		障害年金受給の有無	有・無								

傷病手当金療養状況・日常生活状況調査票について

住友不動産ステップ健康保険組合

在職中、1年以上継続して健康保険の被保険者期間がある方が退職する際、退職日において傷病手当金を受けられる状態にあるときは、退職後も引き続き、同様(同傷病)の給付を受けることができます。

ただし、退職後の申請分から、毎回「傷病手当金療養状況・日常生活状況調査票」の記入・添付が義務付けられます。

(退職後は会社の管理下を離れますので、住友不動産ステップ健康保険組合宛にご提出下さい)
「傷病手当金療養状況・日常生活状況調査票」の記入・添付が無い場合には、傷病手当金の給付を受けることが出来ませんのでご了承ください。

【様式】

・傷病手当金支給申請書

住友不動産ステップ健康保険組合のHPに掲載しております。

<https://www.stepon-kenpo.or.jp/wp-content/uploads/sites/156/shoutei.pdf>

・傷病手当金療養状況・日常生活状況調査票

住友不動産ステップ健康保険組合のHPに掲載していませんので、書類を同封いたします。

【提出先】

〒160-0023

東京都新宿区西新宿4-32-12 西新宿フォレスト1階

住友不動産ステップ健康保険組合 宛

【留意点】

- ・「傷病手当金療養状況・日常生活状況調査票」はもれなくご記入下さい。
- ・「傷病手当金支給請求書」のご記入、虚偽申告の場合、傷病手当金は支給出来ません。
- ・「控え」が必要な場合は、事前にコピーを取っておいて下さい。健康保険組合ではコピーを取ることは出来ません。
- ・雇用保険(失業給付)の受給手続きを開始したり、就職活動をし始めたら、傷病手当金は支給出来ません。