

健康保険

傷病手当金

支給申請書  
(2-1ページ)

被保険者(申請者)・医師 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

被保険者が傷病・怪我により、医師により労務不能と判断され、早期回復のために療養に専念するため会社を休業するとき、1ヶ月毎に申請。(詳細はホームページ) ※次ページがあります。必ず印刷し、あわせて提出してください。

被 保 険 者  (申 請 者)  記 入 欄	被 保 険 者 記 号(1か2)	1	番 号(06270748ではありません)(右づめ)	1	2	3	4	5	6	7	記 号 番 号 が 分 か ら な い 場 合 は 個 人 番 号(マイナンバー)を記入してください		
	氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ	自署の場合は 押印を省略 できます	生 年 月 日	年	月	日	0	3	0	1	0	1
	療 養 の た め 休 ん だ 期 間(申 請 期 間)	2025年 1月 1日 ~ 2025年 1月 31日							申 請 回 数	5回			
	私は、貴健康保険組合が本手当金の支給に関し、必要に応じて事業主・担当医・全国健康保険協会または他の関係する保険者等に必要な情報を提示および照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。受領については事業主に委任します。(健保→事業主→個人)												
	該当の傷病は病気(疾病)ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 病気→ <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 運動中 <input checked="" type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他 〔原因: 〕 ケガ(負傷)ですか。 <input type="checkbox"/> ケガ→ 「負傷原因届」を合わせてご提出ください(初回のみ)												
	労働者災害補償保険の休業補償 休業補償請求 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 予定 休業補償 <input type="checkbox"/> 受給 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない												
	※労災給付を受給された場合、速やかに連絡してください。健康保険法の規定に基づき労基署に対して受給状況確認を行う場合があります												
	公的年金 (退職前の方) 「障害厚生年金」を受給していますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、年金通知書のコピーを添付してください。 (退職後の方) 傷害年金および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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
	現在の症状(傷病名ではなくご自身の状態を具体的に) 全身倦怠感、易疲労感、動機、ふらつき、発汗過多、不安症状、意欲低下、気分の落ち込み、思考力・集中力の低下があり、ほとんど家にいる状態。												
	仕事の内容(「営業・内勤・事務」だけではなく具体的に) 現場点検業務(打ち合わせを行い車を運転(現地訪問、点検など))												

医 師 証 明 欄	傷病名	適応障害			労務不能と認められた期間	2025年 1月 1日から 2025年 1月 31日から		
	発病または負傷の年月日	2024年 5月 10日			うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	診療開始日	2024年 5月 20日			診療実日数	3日	手術日	年 月 日
	※診療日を○で囲んでください。							
	2025年 1月 1 2 3 4 5 6 7 ⑧ 9 10 11 12 13 14 ⑮ 16 17 18 19 20 21 ⑳ 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
	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							
	上記期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく記入してください。							
	〔主たる症状 および経過〕 2024年5月頃から意欲の低下が目立ち、不眠、思考がまとまらなくなり当院受診。全身倦怠感、動機、不安などの身体症状が継続している。							
	〔治療内容 検査結果 療養指導等〕 2024年9月から休職を指示し、精神療法、薬物療法を行っている。内服薬○○○○○を処方している。							
	症状経過からみて、従来の業務につい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。							
〔上記症状や経過、治療内容に基づき、従来業務ができなかったと認められた所見〕 抑うつ気分や身体症状から、業務に集中できない可能性が高く、業務のストレスにより症状悪化のリスクも高かった。そのため、上記の期間労務不能であった。								
上記のとおり相違ないことを証明します。 2025年 2月 5日								
医療機関の所在地		医療機関のゴム印など			医師の氏名			山田 太郎
医療機関の名称		(手書きの場合は、右に角印など医療機関の印を押印してください)			印			
電話番号		※医療機関のゴム印または角印など						

※必要な情報照会などにより、給付が遅れるまたは停止となることがあります。 ※事業主へ提出してください