

こちらは記入例です。

実際に申請書に記入する際は、黒色又は青色の消えないボールペンを使用の上
記入例に沿って記入してください。

欄	健康保険	傷病手当金	支給申請書	支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円
	同	年	月	日	令和	年	月	日			

【ご注意ください】

- 訂正がある場合は被保険者(申請者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(申請者)以外の訂正は認められません。
- 傷病の原因がケガの場合は「負傷原因届」、第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
- 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
- 被保険者(申請者)及び事業所以外の代理人口座への給付金振込を希望する場合は、別紙・確認書類の添付が必要となります。

【被保険者記入欄】(第 1 回目)

被保険者証	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇	生年月日	昭(平)	〇	年	〇	月	〇	日
被保険者情報	氏名	(フリガナ) ガイショク タロウ 外食 太郎										
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京 (都・道府・県) 港区 〇〇〇〇 〇-〇〇〇-〇〇										
	事業所名称	株式会社 〇△□ 電話番号 □□□-□□□□-□□□□										

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行(信金・信組 農協・その他)	預金種別	普通・当座・その他
	口座番号	〇〇	支店(本店・出張所 其他)	口座種別	※ゆうちょ銀行の場合※ 【支店名】は必ず【一二六】等の漢数字の支店名を記入してください。
口座名義(カタカナで記入)	ガイショク タロウ				

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者(申請者)	※本人口座への振込の場合は記入しないでください※		
		代理人(口座名義人)			

申請内容	傷病名	1) 虫垂炎	発病又は負傷年月日	平(令) 3 年 10 月 31 日		
		2)	平・令 年 月 日			
		3)	平・令 年 月 日			
	発病時の状況又はケガの原因	自宅にて突然の腹痛があり受診した。		原因区分 <input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)		
	療養の状況(傷病状態、医師からの指示等具体的に)	即日入院し、手術を受けました。11月〇〇日に退院し、医師の指示通り自宅で安静にしていました。 上記はあくまで記入例です。実際に記入する際は、傷病状態(頭痛・しびれ・発熱・不眠…etc) 医師からの指示等(療養する上での指示指導・リハビリ内容)を具体的に記入してください。				
	仕事の内容(具体的に)	ホール業務、調理		退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。		
	療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 3 年 10 月 31 日 から	14 日間	令和 3 年 11 月 13 日 まで		
	上記期間に報酬を受けた、又は今後受けられますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	令和 3 年 10 月 31 日 から	14,000 円	
障害厚生年金又は障害手当金を受給について	受給中 / 請求中 / <input checked="" type="radio"/> いいえ	傷病名	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	基礎年金番号	年金額	円
(退職した方のみ)老齢又は退職を事由とする公的年金について	受給中 / 請求中 / <input type="radio"/> いいえ	年金の名称	基礎年金番号	年金額	円	
労災保険からの休業(補償)給付について	受給中 / 請求中 / <input checked="" type="radio"/> いいえ	請求先の労働基準監督署	労働基準監督署			

提出する前に、記入漏れがないか確認してください。

(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

全国外食産業ジェフ健康保険組合

【ご注意ください】

- 「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。出勤簿は[出勤・欠勤・公休・有給等]勤怠が割り振られたものをご用意ください。
- 訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容と事業所担当者の氏名(サイン)を記入してください。
- 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
- 提出する前に、記入漏れがないか確認してください。(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

被保険者氏名	外食 太郎		
労務に服さなかった期間	令和 3 年 10 月 31 日 から	14 日間	備考 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()
	令和 3 年 11 月 13 日 まで		
賃金計算	給与締日	末 日	支払日 当月 / <input checked="" type="radio"/> 翌月 25 日
該当するものに○をつけてください。			
通勤手当	1か月 / 3か月 / <input checked="" type="radio"/> 6か月 / 実費 / なし (180,000)円		
有給休暇	<input checked="" type="radio"/> なし / あり 対象期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
算出根拠	有給取得があった場合は、支給根拠となる計算式を記入してください。 記入しきれない場合は、別紙での提出も可能です。		
欠勤控除算出根拠	[]円 ÷ 日 / 時間 × = 円 欠勤控除が発生している場合は、必ず記入してください。 記入しきれない場合は、別紙での提出も可能です。		
報酬等記入欄(報酬がある場合、支給に至った算出根拠を添付する賃金台帳に記入してください。)	報酬の名称	支給対象期間	支給額
手当等の一部支給がある場合、賃金台帳もしくは別紙にて支給根拠となる計算式を記入してください。			
復職状況	<input checked="" type="checkbox"/> 11 月 14 日に復職(予定) <input type="checkbox"/> 休業継続		
労災申請の確認	申請予定 / <input checked="" type="radio"/> 申請なし (申請予定の場合は、一度組合にご連絡ください。)		
上記の通り相違ないことを証明します。 証明日 令和 3 年 12 月 24 日			
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都 港区 〇〇〇〇 〇-〇〇-〇〇		
事業主名所	株式会社 〇△□		
事業主氏名	△□ 〇〇	担当者氏名	□□課 □□
		連絡先	□□□-□□□□-□□□□

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

提出する前に、記入漏れがないか確認してください。

【ご注意ください】

- ① 訂正がある場合は、療養を担当した医師が二重線で抹消し正しい内容と医師の氏名(サイン)を記入してください。
療養を担当した医師以外の訂正は認められません。
下記医師意見欄の記載内容を被保険者等が修正加筆した場合は、書類の改ざん(不正行為)とみなし給付金の支給停止となる可能性があります。
- ② 【労務不能と認めた期間】及び【証明年月日】は未来日付けで記入をしないでください。
- ③ 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
- ④ 提出する前に、記入漏れがないか確認してください。(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

同意書

傷病手当金の支給決定のために必要があるときは、医療保険者及び
保険医療機関等に照会・調査を依頼することに同意いたします。

令和 3 年 12 月 20 日

住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
東京都 港区 〇〇〇 〇-〇〇-〇〇

被保険者氏名 外食 太郎



押印必須

全国外食産業ジェフ健康保険組合

理事長 殿

患者氏名	外食 太郎		
傷病名	1) 虫垂炎	療養の給付 開始年月日 (初診日)	1) 平・令 3 年 10 月 31 日
	2)		2) 平・令 年 月 日
	3)		3) 平・令 年 月 日
発病又は 負傷年月日	平・令 3 年 10 月 31 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因	不明
労務不能と 認めた期間	令和 3 年 10 月 31 日 から	診療実日数と 診療最終日	8 日 (労務不能期間中の診療日数)
	令和 3 年 11 月 14 日 まで 14 日間		令和 3 年 11 月 12 日 (労務不能期間中の最終受診日)
うち入院期間	令和 3 年 10 月 31 日 から	転記	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	令和 3 年 11 月 6 日 まで 7 日間		
主たる症状及び経過 (できる限り詳しくご記入ください。)			
労務不能認定期間の傷病状態		労務不能認定期間の治療状況	
<p>上記の【労務不能と認めた期間】の</p> <p>①傷病状態</p> <p>②治療状況</p> <p>③前月の症状との比較</p> <p>を記入してください。</p> <p>※記載情報が乏しい・内容が同様の場合、追記依頼をする可能性があります。</p>			
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所見(できる限り詳しくご記入ください。)			
<p>傷病手当金支給審査において、非常に重要な項目になります。</p> <p>必ずお書きください。</p> <p>※記載情報が乏しい・内容が前回と同様の場合等、追記依頼をする可能性がありますので 詳細な記載にご協力ください。</p>			
今後の状況について	医学的に見て、今後の就労の可否	未定 / <input checked="" type="checkbox"/> 可能 (就労可能年月日:令和 3 年 11 月 14 日頃)	
	今後の療養見込期間	令和 年 月 まで	
人工透析を実施又は 人工臓器を装着したとき	人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日	障害者手帳の 申請について	証明書を記載しましたか
	平・令 年 月 日		はい / いいえ
	人工臓器等の種類		証明書記載日
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()		令和 年 月 日
			障害認定日(症状固定日)
			令和 年 月 日
記載内容について相違ありません。			
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区〇〇 〇-△-□		
医療機関名	〇〇総合病院		
電話番号	□□-□□□□-□□□□		
医師名	療養を担当した医師の名前を 書いてください。		

労務不能と認めた期間以降の日付を記入してください。

医師等が意見を記入するところ