

# 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証	記号 番号	②被保険者 氏名(申請者)	
	③事業所名称	④部署名		
	⑤傷病名	⑥発病又は負傷 の年月日 平成・令和 年 月 日		
	⑦発病又は 負傷の原因			
	⑧療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日( 日間)		
	⑨入院したとき	病院名		
		所在地		
		入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日( 日間)	
		入院費用	健保 ・ 自費 ・ その他( )	
	⑩障害厚生年金、手当金受給について	有・無・請求 ( 年 月から受給)	年金証書の 記号番号	
		受給病名	年金・手当額	円
⑪委任状	LIXIL健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に委任いたします。  令和 年 月 日  被保険者 住所  氏名 (印)			

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

事業主受付	健保組合受付
令和 年 月 日	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	①労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)																																
	②勤務状況 [出勤は○、有休は△、公休は公、欠勤は/ でそれぞれ表示してください]																																	
	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	
	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	出 勤	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	有 休	日
	③賃金支給状況 上記期間中の分として全額または一部支給した(します)か	〔はい・いいえ〕																																
	「はい」の場合、下欄に記入してください。																																	
	④	年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日支払	日額	円																										
	⑤	年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日支払	日額	円																										
	⑥	年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日支払	日額	円																										
上記のとおり、事実と相違ないことを証明します。																																		
〈事業所〉 令和 年 月 日																																		
所在地																																		
名称																																		
事業主氏名																																		

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	①傷病名																																
	②発病または 負傷の原因																																
	③発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	④療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日																													
	⑤労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日( 日間)	⑥診療実日数	日間																													
	⑦上記期間中に入院した期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日( 日間)	⑧入院費用	健保・自費・その他( )																													
	⑨主症状及び経過概要、その他参考意見																																
	上記のとおり、相違ありません。																																
	令和 年 月 日																																
	所在地																																
	医療機関 名称																																
医師の氏名																																	

# 傷病手当金支給申請書 (第 ○ 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 記号 131 番号 XXXXX	②被保険者 氏名(申請者) 健保 太郎
	③事業所名称 (株)LIXIL	〇〇本部 〇〇部 〇〇グループ
	⑤傷病名 右足骨折	平成(令和)〇〇年 〇〇月 〇〇日
	⑦発病又は 負傷の原因 自宅の階段にて転倒した	外傷性傷病(ケガ・骨折・損傷・裂傷等)の場 合は、『負傷届』もあわせて提出してください
	⑧療養のため 休んだ期間 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日( 〇〇 日間)	
	⑨入院したとき 病院名 〇〇医院 所在地 東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇 入院期間 平成(令和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平成(令和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日( 〇〇 日間) 入院費用 (健保) 自費 其他( )	
	⑩障害厚生年 金、手当金受 給について 有・無・請求 ( 年 月から受給)	年金証書の 記号番号
	⑪委任状 LIXIL健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に 委任いたします。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者 住所 東京都江東区大島〇-〇-〇 氏名 健保 太郎	

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

自署(名前を直接手書きで記入)の場合、押印を省略できます。

**病院にて、医師に記入を頂いてください。**  
 ※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、  
**訂正印または証明者の氏名(サイン)をご記入ください。**

①労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)
②勤務状況 [出勤は○、有休は△、公休は公、欠勤は/ でそれぞれ表示してください]	
事業主が証明するところ	<p align="center"><b>* 傷病手当金申請の流れ *</b></p> <p>①「被保険者が記入するところ」欄に、記入押印してください。 ↓ ②「療養を担当した医師が意見を記入するところ」欄に、 <b>病院で医師の証明を頂いてください。</b> <b>※診断書のみでは申請できません。</b> ↓ ③原本を事業主に提出してください。 「事業主が証明するところ」欄は、事業主が記入します。</p>
事業主氏名	

①傷病名	右足骨折		
②発病または 負傷の原因	自宅の階段にて転倒した		
③発病または負傷の年月日	平成(令和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	④療養の給付を開始した年月日	平成(令和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑤労務不能と認められた期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ( 〇 日間)	⑥診療実日数	〇〇 日間
⑦上記期間中に入院した期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ( 〇 日間)	⑧入院費用	(健保)・自費・其他( )
⑨主症状及び経過概要、その他参考意見	上記治療にて〇月〇日まで入院治療。退院後、自宅療養。		
	上記のとおり、相違ありません。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
医療機関	所在地	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇	
	名称	〇〇医院	
	医師の氏名	〇〇 〇〇	