

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回目)

給付No.		オカモト健康保険組合 殿		令和 年 月 日提出		
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者等の 記号 番号	㊦	㊧	(フリガナ)	㊨ 被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)	
		被保険者 (申請者) の氏名と印			㊩	
	㊪ 被保険者 (申請者)の 現住所	郵便番号			㊫ 被保険者の 標準報酬月額 千円	
	㊬ 事業所の名称			㊭ 被保険者の 資格取得年月日	平成 年 月 日 令和	
				㊮ あなたの仕事の 具体的な内容		
	㊯ 傷病名	1)	㊰ 初診日	年 月 日	㊱ 発病又は 負傷年月日	年 月 日
		2)		年 月 日		年 月 日
		3)		年 月 日		年 月 日
	㊲ 発病又は負傷 の原因を詳しく			㊳ 第三者行為によるものですか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください		
	㊴ 療養のため 休んだ期間 (申請期間)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで			
㊵ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を 受けましたか。または今後受けられますか。			☐ 受けた ☐ 受けない ☐ 今後受ける ☐ 今後もしない			
㊶ 上記で「受けた」「今後受ける」と答えた場合、その報酬支払、 基礎となった(なる)期間を記入してください。			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円			
㊷ 障害 年金等 につ いて	「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。			☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中 ☐ 障害厚生年金 ☐ 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)傷病名を記入してください。					
	「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。(「はい」と答えた場合 は右欄に記入いただき年金証書(年金額の標記されているもの)のコ ピーを添付してください。「請求中」と答えた場合は、右欄に基礎年 金番号のみを記入してください。)			基礎年金番号 年金コード		
				支給開始年月日 年金額		
				昭和 年 月 日 円 平成		
㊸ 資 格 喪 失 者 の 方	㊹ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中		
	「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。(「はい」と答えた 場合は右欄に記入いただき年金証書(年金額の標記されてい るもの)のコピーを添付してください。「請求中」と答えた場合は、 右欄に基礎年金番号のみを記入してください。)			基礎年金番号 年金コード		
				支給開始年月日 年金額		
				昭和 年 月 日 円 平成		
㊺	労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金ですか。また 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、労働基準監督署名を記入してく ださい。			☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中 労働基準監督署		
㊻	被保険者が代表取締役等役員の方の場合、労災保険に 特別加入していますか。			☐ 加入あり ☐ 加入なし		

※在職中の方は委任払い(事業所宛に支給)となります。

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および賃金支払状況等を記入してください。

R6.5改 その2

療養を担当した医師が意見記入するところ	② 患者名																																
	傷病名	(1)											療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 年 月 日																			
		(2)												(2) 令和 年 月 日																			
		(3)												(3) 令和 年 月 日																			
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日頃											発病または負傷の原因																				
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から											日間	診療実日数	日間																		
		令和 年 月 日 まで																															
	上記期間のうち入院した期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間入院																															
	療養費費用の別	健保	自費	公費()	その他	転帰	治療	繰越	中止	転医	その他()																						
	外来診療日 (労務不能期間中の 外来診療日を○で 囲む)	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
	傷病の主状態、経過状況および経過概要 (労務不能と認めた期間中の診療実日数が0日の場合は治療状態を具体的にご記入ください)	労務不能期間中の主たる症状										治療内容、検査結果、療養指導等(詳しく)										前月(前回期間)の症状との比較											
労務不能と認めた医学的な所見	→若しくは、症状経過から見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																																
今後、労務不能と認められる期間及び意見	① 労務可能となる治癒見込み 令和 年 月 日から労務可能 ・ () 週間後頃から労務可能理由： ② 今のところ不明理由：																																
人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日 令和 年 月 日																																
	人工臓器等の種類										ア.人工肛門 イ.人工膀胱 ウ.人工関節 エ.人工骨頭 オ.心臓ペースメーカー カ.人工透析 キ.その他()																						
ろ	上記のとおり相違ないことを証明します。																																
①	令和 年 月 日																																
	医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名										② 電話 ()																						

回 答 書(療養状況・日常生活状況)

下記の通り相違ありません。

記号一番号	—	被保険者氏名	⑩
事業所名称			
あなたの住所	〒 — TEL — —		

療 養 状 況

通院の仕方 (いずれかに○)	ア 自転車 イ 電車・バス等 ウ 自分で運転して自動車 エ 人に乗せてもらって自動車 オ 徒歩 カ その他(
受診状況 (いずれかに○)	ア 毎日通院 イ ()日おきに行く ウ 週に()回 エ 月に()回 オ その他(
医師から療養について どのような注意又は指示 を受けていますか？	
現在の体調について (自覚症状など)	

日 常 生 活 状 況

食事についての注意 点等がありますか？	
毎日の過ごし方 について (複数回答可)	ア) 1日()時間ほど横になっている イ) 1日中横になっている ウ) ネットやテレビを見たり、ラジオを聴いたりする エ) 新聞や本を読む オ) 家族や友人等と会話をする カ) 散歩する ()分くらい キ) ペット()の世話をする ク) 運動する ケ) 軽い仕事をする (どのような: コ) その他(
いつごろから仕事につくことが出来そうですか？	年 月頃(予定)
<令和 年 月 日～令和 年 月 日>頃迄の病気に対する自覚症状、治療状況、療養状況、日常生活状況(家庭で売薬などを服用していた場合、その薬名と服用状況)を週又は日をおって出来るだけ詳しく記入して下さい。 朝 : 昼 : 夜 :	

注意事項：傷病手当金の支給決定に必要ですので、あなたの最近の暮らし方、休み方を書いて下さい。
後日、調査にお伺いする場合がありますので、正確にご記入下さい。