

2回目以降の方は
いずれかに✓を
付けてください

◎本記入例を参考にご記入ください

◎初回申請時は、左上に【事業主配付・初回申請用】と記載された申請書をご使用ください

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

(いずれかに✓) ☐ 2回目以降 ☐ 退職後継続 *申請期間が退職日以後の場合

被保険者の生活費を保障するために給付される保険給付です。ひと月ごと（2回目以降は暦日単位で）、毎月申請してください

▼記号・番号は、①マイナポータル、② 資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください

(退職後の継続給付のため申請する場合は、在職時の記号・番号を記入、本籍会社名欄は未記入で申請してください)

被保険者（申請者）情報	記号	番号	本籍社員番号	本籍会社名
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 1 1	9 9 9 9 9	記号番号記入の場合は記入の必要はありません オリックス×××株式会社
	氏名	(フリガナ) ケンポ サクラ 健保 さくら	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 5 8 0 4 0 2
	住所	(〒 123 - 9999) 東京 港区×-××-×		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (××××) ××××		
E-mail	*****@gmail.com ←連絡可能なE-mailアドレスをご記入ください			

振込先指定口座	☒ 第1 給与口座を利用 ☐ 退職後の受給のため以下口座を指定 ☐ 雇用主に委任するため以下口座を指定	
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所
	預金種別	☐ 1.普通 ☐ 2.当座 口座番号 (左づめ)
	口座名義 (カタカナ)	▼カタカナ (姓と名の間に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。 口座名義の区分 ☐ 1.申請者 ☐ 2.雇用主 (代理人)

▼口座名義の区分「2.雇用主(代理人)」を選択した場合ご記入ください

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。	令和 年 月 日 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)	事業所所在地	委任者と代理人との 関係
	事業所名称	雇用主	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

<事業所傷病手当金担当者 確認欄> ※初回申請時は確認印を押印してください

<オリックスグループ健康保険組合使用欄>

令和 年 月 日 確認	責任者	担当者

健康 確認 欄	情報連携			照会		
	前健保	年金	雇用	前健保	医師	本人
	□確認要	□確認要	□確認要	□確認要	□確認要	□確認要
	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否

<備考欄>

(R8.10)

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

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。 1-① 「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。	報酬額が不明な場合は空白としてください 1 1.はい 2 2.いいえ 令和 <input checked="" type="text" value="x"/> 年 3 月 5 日 から 令和 <input checked="" type="text" value="x"/> 年 3 月 8 日 まで 報酬額 52,952 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。 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。 「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。	3 1.はい 2 2.請求中 3 3.いいえ 傷病名 1.障害厚生年金 2.障害手当金 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 年金額 円
3 (退職後の継続給付のため申請する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、その名称をご記入ください。 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。 「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。	3 1.はい 2 2.請求中 3 3.いいえ 名称 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 年金額 円
4 今回の申請は雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。 4-① 「受給中」または「請求中」と答えた場合、給付等の種別をご記入ください。	3 1.受給中 2 2.請求中 3.どちらでもない 1.失業給付 3.どちらでもない 2.休業補償給付() 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

2/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

◎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

事業主が証明するところ

被保険者氏名

【3ページ目：事業主記入用】

申請期間が在職期間中の場合には、事業主証明が必要となります

令和 年 月 賃金を支給しました(します)か？ ☐ はい ☐ いいえ

計 日 日

◎申請者本人は3ページ目は何も記入しないでください

令和 年 月 賃金を支給しました(します)か？ ☐ はい ☐ いいえ

計 日 日

これらのページは、“本籍会社の人事部門（傷病担当）”が記入・証明する欄です
提出書類のうち、以下の書類は本籍会社から健康保険組合に提出されます

・出勤簿の写し

・賃金台帳の写し

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

1ページ目から4ページ目まで、全て揃えてご提出ください
(※退職後の継続給付申請者は、3ページ目の提出は不要です)

支給した(する)賃金内訳	期間	単価 (1ヶ月当たりの所定 給与額÷月数)	月 日	欠勤 控除 ※	月 日	欠勤 控除 ※	月 日	欠勤 控除 ※
	月 日		月 日	有の場合 ☑↓	月 日	有の場合 ☑↓	月 日	有の場合 ☑↓
1ページ目：本人が記入済みであること				☐		☐		☐
2ページ目：本人が記入済みであること				☐		☐		☐
3ページ目：未記入の状態で提出すること ※				☐		☐		☐
4ページ目：療養担当者（診察・治療を行った担当医）が記入済みであること				☐		☐		☐
欠勤補償給				☐		☐		☐
休職給								
計								

※ 賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
欠勤控除☑（欠勤日に対して賃金を支給しない場合）の計算方法等 記入しきれない場合は別紙で提出ください。

※※ 通勤手当 いつからいつまで何か月分をいつ支給したかをご記入ください。精算した場合は、いつ精算済みかを明記。

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

◎提出する書類：労務に服することができなかった期間を含む出勤簿の写し・賃金台帳の写し
(初回申請の場合) 労務に服することができなかった期間前1か月分もご提出ください。
(通勤手当を支給・精算した場合) 支給・精算したことが分かる期間を含む賃金台帳の写しもご提出ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

オリックスグループ健康保険組合

3/4

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

◎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

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名

【4ページ目：療養担当者記入用】

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。

療養の給付
(1) 令和 年 月 日
(2) 令和 年 月 日
(3) 令和 年 月 日
◎申請者本人は4ページ目は何も記入しないでください

こちらのページは、“診察・治療を行った担当医”が記入する欄です
申請する期間に、診察・治療を行った担当医へ記入・証明を依頼してください

労務不能と認められた期間
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
負傷の年月日 負傷の原因
◆治療期間でなく、該当傷病の初診日以降に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。
※この意見書の提出日より前の期間でご記入ください。

1ページ目から4ページ目まで、全て揃えてご提出ください

（※退職後の継続給付申請者は、3ページ目の提出は不要です）

うち入院期間 令和 年 月 日まで 入院 診療方法 ☐ 対面診療 ☐ 往診 ☐ オンライン診療
(入院以外) ☐
療養費用の別 ☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他
1ページ目：本人が記入済みであること
2ページ目：本人が記入済みであること
3ページ目：未記入の状態でご提出すること ※
4ページ目：療養担当者（診察・治療を行った担当医）が記入済みであること

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）

※診療実日数が0日で労務不能とする場合は、客観的な医学的根拠をご記入ください。内容によっては照会する場合があります。

(1)主たる症状及び経過（◎申請が2回目以降の場合は、前回期間との症状との比較を中心に）

(2)療養指導内容

■医療機関を受診する目安：（ 週間に 回）

■投薬：有 / 無（投薬無しの場合： ）

■早期回復のため、療養にあたって指導したこと：

（診療された日に対して）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

労務不能からの回復について ☐ 令和 年 月頃から就労可能見込み ☐ 今のところ不明だが改善傾向 ☐ 今のところ不明

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名（自署）

電話 ()

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。