

1 2 3 4

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。

(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)

▼□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

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

＜オリックスグループ健康保険組合使用欄＞

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

 $\frac{1}{4}$

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1) 傷病名	2) 傷病名	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	2) 傷病名	2) 傷病名	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	3) 傷病名	3) 傷病名	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 ☐ 1. 病気 (発病時の状況) ☐ 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください			
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)◆ 4ページ目「療養担当者記入用の「労務不能と認めた期間」をご記入ください。 (令和) 年 月 日 から 日数 日 日 日 日 日 日 まで 日間			
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

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。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 報酬額 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。]	☐ 1. はい ☐ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ	☐ 1. 障害厚生年金 ☐ 2. 障害手当金 傷病名 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。]	☐ 1. はい ☐ 2. 請求中 ☐ 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。	☐ 1. 受給中 ☐ 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

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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									
労務に服さなかった期間◆								出勤	有給
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		
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		
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		
給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他 ・欠勤控除計算方法が、 <u>暦日数</u> で算出する場合は「 <u>月給</u> 」を選択。 ・欠勤控除計算方法が、 <u>所定労働日数</u> で算出する場合は「 <u>日給月給</u> 」を選択。				賃金計算	締日	日		
						支払日	☐ 当月 ☐ 翌月	日	

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。

支給した(する)賃金内訳	期間 区分	単価 ひと月当たりの所定賃金(時間給の場合は1時間当たりの単価)	月 ～ 日 月 日分	欠勤 控除 ※	月 ～ 日 月 日分	欠勤 控除 ※	月 ～ 日 月 日分	欠勤 控除 ※
			支給額	有の場合 ☑↓	支給額	有の場合 ☑↓	支給額	有の場合 ☑↓
	基本給			☐		☐		☐
	手当			☐		☐		☐
	通勤手当※※			☐		☐		☐
				☐		☐		☐
				☐		☐		☐
	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。〉〉〉

■療養担当者（医師等）に「ひと月ごと（暦月単位）」で証明を依頼してください
（給与の毎月の締め日が月の途中の場合はその期間を単位として依頼してください）

1 2 3 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	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。																																	
	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	☐ 発病 ☐ 負傷	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	令和	年	月	日まで	日間	◆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。 また、本意見書の証明日以前の期間でご記入ください。																									
うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間 入院	診療方法 (入院以外)	☐ 対面診療 ☐ 往診 ☐ オンライン診療	療養費用の別 ☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他																							
診療実日数		診療日を ○で囲んで ください。	日	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	

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。