A4出力（両面印刷不可）

健保使用欄

支給決議書				理事長	常務理事	事務長	担当者
支給年月日	令和　年　月　日	資格取得日	（昭）（平）（令）　年　月　日				
支給開始日	令和　年　月　日	資格喪失日	令和　年　月　日				
支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			支給額	円		

併給調整	区分	日額	日数	調整額
	報酬（給与）＊通手含む			▲　円
	老齢（退職）年金			▲　円
	障害年金（手当金）			▲　円
	その他（　　）			▲　円
	計			▲　円

計算式【備考】

待機期間
令和　年　/　・　/　・　/

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 別紙 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

（第　回）

申請被保険者の情報

健康保険の記号 と 番号	記号	番号	生年月日	年 齢
		ー	（昭和）（平成）　年　月　日	歳

氏名	（フリガナ）	就労している事業所・部署
住所	（〒　ー　） （都）（道）（府）（県）	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）	

申請被保険者の同意

被保険者（申請者）

記入日 令和　年　月　日

(1) 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。

（委任先）

(2) 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定において、貴組合より関係機関に対して情報の照会を行うこと、また、貴組合が行った照会に対し関係機関が回答することに同意します。

(3) 貴組合に本手当金を請求するにあたり、下記の状況が生じた場合には遅滞なく申出るとともに、法律で定められた併給調整に則り、既払いの傷病手当金の一部又は全額を貴組合の請求に応じて速やかに返還することを誓約します。

①障害厚生年金（障害手当金）の支給が決定したとき。
②労災保険の休業（補償）給付の支給が決定したとき。
③第三者行為（交通事故など）により休業補償の支給が決定したとき。
④退職者で、老齢厚生年金を受給するとき。また、受給額に変動があったとき。
⑤退職者で、失業給付の受給を申請しようとするとき。

※傷病手当金の受給を終了した後（退職後含む）でも併給調整の対象となります。
年金事務所やハローワークへの調査は随時行いますが、タイムラグが生じる関係で請求が多額になることがありますので必ずお申出ください。

以上、(1)～(3) の全ての確認内容を読み、同意しました。
（被保険者氏名）

住所
（ 自 署 ）「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

振込口座を公金受取口座とする場合は本申請とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

（R7.11）

事業所

上記の当方所属申請者について傷病手当金の支給をお願いいたします。

※出向者の場合には出向先にて捺印。
退職後の申請の場合も要捺印。

所属長		担当者

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

別紙　　※本紙も提出すること。該当・添付する書類に☑してください。

【添付書類について】

□療養と生活の状況報告書（**※毎回必須**）

□同意書（1回目請求時）

□職歴及び加入履歴報告書（1回目請求時）・・・加入から3年未満の方のみ

□負傷原因届（1回目請求時）　・・・　ケガおよび整形外科関連の傷病の方のみ

《在籍中は事業所で用意するもの》（**※毎回必須**）

□勤怠表（写）

□賃金台帳（写）

《障害厚生年金（手当金）を受給している方》　＊同一傷病または関連傷病の場合のみ

□障害厚生年金・障害手当金受給状況届

□障害厚生年金の年金証書（写）

□障害厚生年金の額およびその支給開始年月を証する書類（裁定通知書の写）

□障害厚生年金の直近（傷病手当金の請求月）の額を証する書類（振込通知書の写）

《老齢厚生年金を受給している方》（退職後の請求の場合のみ）

□国民年金・厚生年金保険年金証書（裁定通知書の写）

□年金振込通知書（写）

□裁定通知書・支給額変更通知書（写）
※資格喪失日（退職日の翌日）が属する月の翌月から年金額が改定されます。

□年金額改定通知書（写）

《退職後の請求》（**※毎回必須**）

□病院の領収書（写）

□病院の診療明細書（写）

□薬局の領収書（写）

□薬局の明細書（写）

□新しい保険証（写）

□雇用保険（失業給付）について

手続きは何もしていない　→雇用保険離職票1,2（写）

受給している　→雇用保険受給資格者証の全ページ（写）

申請したが受給していない　→雇用保険受給資格者証の全ページ（写）

療養のため延長申請をしている　→雇用保険受給期間延長通知書（写）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請者氏名	

申請する内容

1 傷病名	1)	2 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
	2)		平・令 年 月 日
	3)		平・令 年 月 日

3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。

病気 / けが → ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください

① 業務外の病気・ケガ
② 業務上（仕事中・通勤途上）のケガ、病気
＊【事業所への届出と、労災・通災の手続きを行ってください】
③ 自損による交通事故
④ 第三者行為（交通事故・傷害・暴行）
＊【自損事故発生状況報告書の提出が必要です】

※労災保険及び第三者の行為により休業補償を受けている場合は請求できません。

4 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	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. はい　2. いいえ
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。	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。	1. はい → [障害厚生年金 / 障害手当金]　2. 請求中　3. いいえ
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。	傷病名 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

退職された方はご記入ください

3 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、その名称ご記入ください。	1. はい → 名称　2. 請求中　3. いいえ
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。 「はい」と答えた場合は、支給開始日・年金額をご記入ください。	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（年額）　円
4 退職後に加入した健康保険はどちらですか。	① 国民健康保険　② 東洋水産健康保険組合（任意継続） ③ その他 → [　] 本人 / 被扶養者
5 退職後、雇用保険の失業手当の受給手続きを行いましたか。	1. はい → 受給を開始した / 受給申請中 2. いいえ　3. 受給延長手続き済

東洋水産健康保険組合

「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

1 別紙 2 3 4

事業所記入用

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及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

健康保険の記号 と 番号	ー	被保険者氏名	
被保険者の現況	□休業 継続中　【復職・退職】予定あり 令和　年　月　日　□復職済　令和　年　月　日　□退職済　令和　年　月　日		
労災非該当の確認	□労災保険の適用外であることを確認しました。		
労務に服さなかった期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日数	日間

勤務状況　【出勤は〇】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。	出勤	有給
令和　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		
令和　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		

上記労務に服さなかった期間中の賃金の支払状況について	（１）上記労務に服さなかった期間分について、現在までにもまた将来も支給しません。 （２）全部または一部支給した（する）。 **※下記にその内訳を記入してください。**		
給与の種類	□ 月給　□ 時間給　□ 日給 □ 歩合給　□ 日給月給　□ その他	賃金計算	締　日　　日締切 支払日　□ 当月　□ 翌月　　日払い

上記の期間のうち、出勤していない日で支払いが発生した日についてのみ記入してください。

支給した（する）賃金内訳

支給対象期間	①支給日額（給与）	②通勤手当/日	③合計日額（①+②）	【備考欄】
月　日 ～　月　日（うち　日間）				
月　日 ～　月　日（うち　日間）				
月　日 ～　月　日（うち　日間）				
計				

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

事業所電話　（　）

◎記入箇所を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入し訂正印を捺印してください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。〉〉〉

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 別紙 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	初診日	(1) 平 令 年 月 日 (2) 平 令 年 月 日 (3) 平 令 年 月 日
発病または負傷の年月日	平成 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]		
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで [日間 入院]	他院からの紹介状（情報提供書）	□あり → [紹介元機関名] □なし
診療実日数	日	診療日を○で囲んでください。	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症状及び治療内容、経過等について

労務不能期間中の主たる症状をできるだけ詳しく教えてください。
（※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**）

手術年月日 令和 年 月 日

症状は固定 （している） （いない） （ ヵ月前）

治療内容、検査結果、療養指導、次回受診指示（例：○週間後）等

診療実日数が０日だった場合【診療実日数が０日で労務不能と判断された理由を詳しく記入してください】

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

医学的にみた今後就労予定 （該当するものに必ず☑ ）

□労務可能となる見込み（令和 年 月頃から労務可能 /（ ）週間経過後から労務可能

□現時点では分からない

障害年金診断書発行をしていますか	診断書の記載	□あり □なし	受診状況等説明書の記載	□あり □なし	診断書の傷病名

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき

人工透析の実施または人工臓器を装着した日 平 令 年 月 日

□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー
□ 人工透析 □ その他（ ）

上記のとおり相違ありません。

*労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名 （自署）

医療機関の電話 （ ）

・記入内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、医師の訂正印またはサインをお願いします。
・内容が詳記されていない場合や記入漏れがある場合、一度書類をお返しした上で追記をお願いすることがあります。
・内容審査に必要と判断した場合、後日、文書にて照会させていただくことがあります。
・この頁と同内容であれば、医療機関発行の意見書で代用可能です。但し、内容に不足がある場合は当該申請者を介して追記を依頼いたします。

東洋水産健康保険組合

日常生活・療養状況申立書　（令和　年　月～　月分）

（全ての項目に必ず回答するようにしてください。添付、記入漏れの場合は申請を受理できません。）

※申立者本人が記入すること。　（記入日　令和　年　月　日）

保険証の記号番号	－　　－	申立者氏名	（自署）
受診状況	□1ヵ月に　回　□1週間に　回 □受診していない[理由：　] □その他［　］		
受診の仕方	□自己の判断で行く　□医師の指示による □薬が無くなると行く		
治療内容	□受診のみの治療　□受診と服薬　□薬の受け取りのみ □その他［　］		
	【治療内容：検査、注射、レントゲン、〇〇のリハビリなど】 （具体的に）		
通院方法	□徒歩　□自家用車（□自身の運転　/　□他者の運転　） □タクシー・バス等の公共交通機関　□その他（　）		
服薬状況	□医師の指示通り服薬している⇒（服薬頻度　□毎日　□1週間に　回　□具合が悪い時のみ） □医師から薬を処方されているが服薬していない ［理由：　］ □医師から薬を処方されていない □その他［　］		
医師からの指導事項			
同一傷病の治療のため傷病手当金請求書に証明を受けた医療機関以外の通院がある場合	・医療機関名： ・通院日数　＿＿＿日間（申請期間中における）		
症状の経過と症状詳細（前月と比べていかがですか）	□症状はよくなっている。 □症状は変わっていない。 □症状は悪化している		
	【傷病による自覚症状】（例：足を動かすと痛い。固定している）		
自宅での療養内容	どのようなことをして過ごしていますか		
業務上できないこと	現在従事している業務において具体的にどのようなことができないため労務不能ですか		
仕事について	□現在就労している □　年　月から仕事に復帰する予定 □症状が回復せず、復帰は未定 □症状は回復（固定）したが、就労できそうにない[理由：　] □その他［　］		

傷病手当金を申請される方への注意事項

傷病手当金申請書記入時の注意点

1.傷病手当金は給与の代わりに支給されるものです。基本的に1ヵ月毎に申請してください。
長期入院などにより提出が困難な場合に限り最大2ヵ月間の申請を認めます。
（原則として、申請期間内に1回は医療機関への受診が必要です。）
2.医師の証明は、申請期間経過後に受けてください。
3.転居や治療の都合で転院する場合は、申請書を分けて作成し、それぞれの病院でそれぞれの医師から証明を受けてください。
4.記入はボールペン等の黒インク（鉛筆・フリクションでの記入不可）で行ってください。訂正箇所には訂正印を必ず押印してください。
5.書類は全てが揃ってから記入漏れ、間違いがないかを確認してから提出してください。不備がある場合、審査は遅れます。
6.年金等の受給が発生した場合や、受給中の受給金額が改定された場合はすみやかに当組合までお申出ください。
7.申請は遅延なく行ってください。申請期間の初めの日から起算して4ヵ月以上経過して申請する場合には「申出遅延理由書」の提出が別途必要です。

傷病手当金申請書4枚目『療養担当者記入用』について

「療養担当者が意見を記入するところ」は、担当医師が記載する必要があります。医師以外の者による医師意見欄の記載（追記・訂正含む）は刑法第159条の私文書偽造等に該当し、その場合、申請書を受理することはできません。必ず担当医師に記載いただいてご提出ください。

「内容審査」について

健康保険法に基づいた審査のため、支給決定までに数カ月かかる場合があります。
内容審査とは、疾病・負傷やその症状、医療機関への受診（投薬）状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者・前保険者・医師等へ照会させていただき支給可否について適正に判断を行います。そのため、場合により審査に時間がかかることがあります。

正しい療養について（重要）

傷病手当金の支給は、疾病に対して医療機関での治療・投薬等を受け、療養に専念した上で病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であり、療養に専念されることが必要となります。

○「療養のため」とは、病気の治癒のための治療を受けることで、適切な医療機関への受診や服薬の管理等が必要です。
○医師が薬による治療を必要として処方箋の交付をしているにもかかわらず、調剤薬局で薬を受け取らない場合や、服薬の用法・容量の指示に従わない場合、療養に専念しているとは判断できません。
処方薬を受け取らない（取れない）理由がある場合には受診の中で必ず医師に相談し指示を仰いでください。

医師の通院、服薬等の指示に従わず、自己判断で受診や服薬を中断された場合にも医師の指示のもと療養に専念していたと判断することができないため、傷病手当金が支給されないことがあります。
また、支給後に支給要件を満たしていないことが判明した場合は、傷病手当金を返納していただくことがあります。