

健康保険 傷病手当金支給申請書
(第 1 回)

【被保険者(申請者)記入用】【表】

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 2700 番号 1234	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 40 年 6 月 13 日
	在職者は必ずチェックして事業所担当部署経由で申請してください。			
	氏 名	(フリガナ) ノウキョウ タロウ 農協 太郎	提出委任	☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
	住 所	〒 123 - 4567 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号 〇〇〇〇マンション〇〇号室		
	事業所名称	〇〇〇〇農業協同組合	電話番号 (日中の連絡先)	077 (123) 〇〇〇〇
所属部署	〇〇〇〇支店 共済課	仕事の内容 (詳しく)	ライフアドバイザーとしてJA共済の推進業務	

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄をご記入ください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
	金融機関名	〇〇〇〇	☒ 農協 ☐ 信連	〇〇〇〇	☒ 支店 ☐ 本店 ☐ 出張所						
	種 別 (いずれかに○)	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 (右づめで記入)	0	0	1	2	3	4	5	右づめで7桁の番号
	口座名義 (カタカナで記入)	ノウキョウ タロウ									

被保険者等の記号・番号が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は本人確認書類の添付が必要です。)

→ * * * * * * * * * *

職歴及び加入保険報告書	以前勤務していた 事業所(会社)名	滋賀県農協健康保険組合に加入する前に加入していた健康保険保険者名を記入してください。				加入機関	被保険者等 記号・番号 (わかれば)
	(株)〇〇〇〇	☒ 全国健康 保険協会	☐ () 健康保険組合	☐ その他	☐ 国民健康 保険	R3.3.31 ~ H27.5.1	△△△△
	▲▲商事(株)	☐ 全国健康 保険協会	☒ (▲▲グループ) 健康保険組合	☐ その他	☐ 国民健康 保険	H27.4.30 ~ H23.9.1	××××
		☐ 全国健康 保険協会	☐ () 健康保険組合	☐ その他	☐ 国民健康 保険	~	

同意書

健康保険法に基づく私に対する保険給付に関する調査のため、貴職が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関・保険者等に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意します。また、照会・依頼を行うに当たり、貴職が当該機関に対して必要な範囲で説明を行うことについて了知します。
なお、本書の写しも有効とします。

令和 6 年 5 月 10 日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

住所 : 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号
〇〇〇〇マンション〇〇号室
氏名 : 農協 太郎

被保険者(申請者)記入用は2ページ【裏】に続きます。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

健康保険 傷病手当金支給申請書

【被保険者(申請者)記入用】**【裏】**

被保険者氏名		農協 太郎									
申請内容	1.傷病名	1) 急性虫垂炎		2.発病又は 負傷年月日	令和 6 年 3 月 17 日						
		2) 療養担当者記入の傷病名と同一の傷病を記入、複数の傷病名があるときは複数をご記入ください。			令和 年 月 日						
		3)			令和 年 月 日						
	3.発病時の状況又はケガの原因 (いつ、どこで、なにをしているとき等、詳しくご記入ください。)	(いつ) 令和6年3月17日 午前 10時00分 頃									
		(どこで) 自宅 (何をしているとき) 休暇中に自宅で読書をしているとき									
4.申請時の病状を詳しくご記入ください。	自宅で読書をしているとき、急に腹痛となり、〇〇〇病院の救急外来を受診したら、急性虫垂炎と診断され、急遽入院し、手術を行った。 その後、入院し、3月25日に退院した。 4月21日まで術後の経過観察にて自宅療養となった。										
5.療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 6 年 3 月 17 日 から 35 日間 令和 6 年 4 月 21 日 まで										
給与・賃金の計算期間(1か月単位等)でご記入ください。											
確認事項	6.上記期間に報酬(賃金等)を受けましたか又は 今後受けられますか。	☒ はい ☐ いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬(賃金等)支払の基礎となる期間(1か月単位等)をご記入ください。	令和 6 年 3 月 1 日 から 令和 6 年 4 月 30 日 まで		報酬額(賃金等)は事業主証明欄に記載されている金額と同じですか。	☒ はい ☐ いいえ				
	7.「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか。	☐ はい ☐ 請求中 ☒ いいえ	「はい」又は「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等をご記入ください。	傷病名		年金の種類	☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金				
	8.「退職した方」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 ☐ 請求中 ☒ いいえ	「はい」又は「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号		年金額(年額)	円				
				支給開始年月日	令和 年 月 日から						
				年金の名称		年金コード					
9.今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	☐ はい ☐ 請求中 ☒ いいえ	「はい」又は「請求中」の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署								
10.介護保険サービスを受けましたか。	☐ はい ☒ いいえ	「はい」の場合、保険者名等をご記入ください。	年金の名称		保険者番号	被保険者番号					

申請のある期間で、賃金（給与）の計算期間（1か月単位等）でご記入ください。

健康保険 傷病手当金支給申請書

【事業主記入用】

※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（1か月単位等）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	1.被保険者氏名		農協 太郎																															
	2.勤務状況 【出勤は○】で、【有給は×】で、【所定休日は△】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給	
	令和 6 年	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	11 日	9 日
	3 月	○	△	△	○	○	○	○	△	△	○	○	○	○	△	△	×	×	△	×	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△				
	令和 6 年	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	6 日	0 日
	4 月	／	／	／	／	△	△	／	／	／	／	△	△	／	／	／	／	△	△	○	○	○	○	○	△	△	△	○	—					
	令和 年	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	日	日
	【日給月給】1か月の出勤義務日数を1か月20.5日等で定めていて、欠勤控除する場合 【月給】欠勤控除を暦日（1か月28日、29日、30日、31日）で控除する場合																																	
	3.上記の期間に対して賃金を支払いましたか。		☐ はい ☐ いいえ		4.給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他		5.賃金計算		締日 ☒ 月末 ☐ 日 支払日 ☒ 当月 ☐ 翌月		21 日																					
	6.上記の期間を含む賃金計算期間（1か月単位等）の賃金支給状況をご記入ください。（単位：円）																																	
支給した（する）賃金	賞与は対象外。 時給制の場合は基本給（時給）とし、単価に時給額をご記入ください。		令和 6 年 3 月 1 日 ～ 3 月 31 日	令和 6 年 4 月 1 日 ～ 4 月 30 日	令和 年 月 日 ～ 月 日	(備考) 4月欠勤分を5月支給給与から控除する。																												
			支給額	支給額	支給額																													
	基本給	300,000	300,000	80,488																														
	資格手当	5,000	5,000	1,342																														
	職務手当	10,000	10,000	2,683																														
	通勤手当	15,000	15,000	15,000																														
	手当																																	
	現物給与																																	
計	330,000	330,000	99,513																															
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 6 年 5 月 25 日																																		
事業所所在地		滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号																																
事業所名称		〇〇〇〇農業協同組合																																
事業主氏名		代表理事組合長 〇〇〇〇 電話 077 (1234) 〇〇〇〇																																

7.賃金計算方法等（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

【3月分給与】
基本給 300,000円、資格手当 5,000円、職務手当 10,000円、通勤手当 15,000 合計330,000円（満額支給）
【4月分給与】（5月給与より控除にて精算）
出勤日数6日、欠勤日数15日

○控除額

基本給 300,000円 ÷ 20.5日 × 15日（欠勤日数） = 219,512円

資格手当 5,000円 ÷ 20.5日 × 15日（欠勤日数） = 3,658円

職務手当 10,000円 ÷ 20.5日 × 15日（欠勤日数） = 7,317円

○控除しない額

通勤手当は控除なく、15,000円満額支給

給与計算式を必ずご記入ください。
任意様式の添付も可

健康保険 傷病手当金支給申請書

【療養担当者記入用】

療養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	1.患者氏名	農協 太郎				
	2.傷病名	(1) 急性虫垂炎	3.療養の給 付開始年月 日(初診日)	(1)令和 6 年 3 月 17 日		
		(2)		(2)令和 年 月 日		
		(3)		(3)令和 年 月 日		
	4.発病又は負傷 の年月日	令和 6 年 3 月 17 日	☒ 発病 ☐ 負傷	5.労務不能 と認めた期 間	令和 6 年 3 月 17 日から 令和 6 年 4 月 21 日まで 35 日間	
	6.労務不能期間 中の診療実日数	10 日間		7.うち入院 日数	令和 6 年 3 月 17 日から 8 日間 令和 6 年 3 月 25 日まで 入院	
	8.療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他()		9.転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☒ 繰越 ☐ 転医	
	10.発病又は負傷の原因 不詳					
	11.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、詳しくご記入ください。			手術年月日	令和 6 年 3 月 17 日	
				退院年月日	令和 6 年 3 月 25 日	
	3月17日 救急外来にて腹部CT検査にて急性虫垂炎と診断。 虫垂肥大が見られたため、腹腔鏡手術を施術。 術後、安静の為8日間入院。退院後、4月21日まで自宅療養とした。					
	12.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 腹腔鏡手術及び自宅療養のため、4月21日まで労務不能と認める。					
	13.人工透析を行った場合又は人工臓器を装着した場合					
人工臓器 等の種類	☐ 人口肛門 ☐ 人口透析 ☐ 人口関節 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人口骨頭 ☐ その他()		人工透析を行っ た又は人工臓器 を装着した日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
上記のとおり相違ありません。 令和 6 年 5 月 10 日						
医療機関の所在地 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目〇〇番〇〇号						
医療機関の名称 〇〇〇〇病院						
医師の氏名 〇〇〇 〇〇〇 電話 077 (1234) 〇〇〇〇						

療養状況・日常生活状況報告書（在職者用）

滋賀県農協健康保険組合

傷病手当金の適正な支給審査のため、あなた様療養状況等を確認します。以下の項目全てをご記入いただき傷病手当金申請書に添付してご提出願います。

1. 記入日	令和 6 年 5 月 10 日
2. 被保険者等 記号・番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
3. 氏名	農協 太郎
4. 今回の傷病手当金 請求期間	令和 6 年 3 月 17 日 ～ 令和 6 年 4 月 21 日
5. 受診状況	受診医療機関名 : 〇〇〇〇病院 医師名 : 〇〇〇 〇〇〇 住所 : 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目〇〇番〇〇号 ☒ 1か月に1回 ☐ 1週間に 回 ☐ その他 () ☐ 受診していない(理由:)
6. 受診日の決め方	☒ 自分で判断 ☐ 主治医の指示 ☐ その他 ()
7. 受診と治療の内容	☐ 受診のみ ☒ 受診と服薬 ☐ 服薬のみ ☐ その他 () ①どのような治療を受けましたか。 急性虫垂炎で手術を行った。 その後、入院し、3月25日に退院した。 退院後は、服薬しながら自宅療養している。 ②薬は何をどれくらい処方されていますか。 ☐ 処方されていない ☒ 処方されている (薬剤名: 〇〇〇〇〇薬 、△△△△錠) (処方日数: 1回の受診で30日分) 【服用に際する医師の指示】 朝・昼・夕食後に服用 調剤薬局名 : 〇〇〇〇薬局 調剤薬局住所 : 滋賀県大津市〇〇町〇〇番〇〇号 ③薬を処方されている場合、医師の指示どおり服用していますか。 ☒ 指示どおり服薬している。 ☐ 指示どおり服薬していない。 (理由:)

【注意事項】

- (R7.3)

療養状況・日常生活状況報告書（退職者用）

滋賀県農協健康保険組合

傷病手当金の適正な支給審査のため、あなた様療養状況等を確認します。以下の項目全てをご記入いただき傷病手当金申請書に添付してご提出ください。

1. 記入日	令和 6 年 5 月 10 日
2. 被保険者等 記号・番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
3. 氏名	農協 太郎
4. 今回の傷病手当金 請求期間	令和 6 年 3 月 17 日 ～ 令和 6 年 4 月 21 日
5. 受診状況	受診医療機関名 : 〇〇〇〇病院 医師名 : 〇〇〇 〇〇〇 住所 : 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目〇〇番〇〇号 ☒ 1か月に1回 ☐ 1週間に 回 ☐ その他 () ☐ 受診していない(理由:) ※領収書のコピーを添付してください。
6. 受診日の決め方	☒ 自分で判断 ☐ 主治医の指示 ☐ その他 ()
7. 受診と治療の内容	☐ 受診のみ ☒ 受診と服薬 ☐ 服薬のみ ☐ その他 () ①どのような治療を受けましたか。 急性虫垂炎で手術を行った。 その後、入院し、3月25日に退院した。 退院後は、服薬しながら自宅療養している。 ②薬は何をどれくらい処方されていますか。 ☐ 処方されていない ☒ 処方されている (薬剤名: 〇〇〇〇〇薬 、△△△△錠) (処方日数: 1回の受診で30日分) 【服用に際する医師の指示】 朝・昼・夕食後に服用 調剤薬局名 : 〇〇〇〇薬局 調剤薬局住所 : 滋賀県大津市〇〇町〇〇番〇〇号 ③薬を処方されている場合、医師の指示どおり服用していますか。 ☒ 指示どおり服薬している。 ☐ 指示どおり服薬していない。 (理由:) ※領収書又はお薬手帳のコピーを添付してください。

8. 就労について	①就労について医師からどのように指示されていますか。 ☐ 当面、就労は無理 ☒ 令和6年6月頃から就労可能 ☐ 現時点で就労は可能 (☐ 軽作業なら可 ☐ 短時間なら可 ☐ 就労に制限なし) その他 () ②現在の就労状況 ☐ 現在就労している ☒ 今後就労する予定がある (令和6年6月1日から勤務予定) ☐ 就労の見込みはない ☐ その他 ()
9. 日常生活の状況について	☐ 普通の日常生活ができる ☒ ほとんど家にいるが、散歩・買い物程度の外出はしている ☐ 身の回りのことはできるが、一日中家にいる ☐ 身の回りのことはできず、介助が必要 ☐ その他 ()
10. 雇用保険（失業給付）の受給状況について	☐ 受給手続き中 ☐ 受給を受けた (令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日) ☐ 受給申請していない ⇒離職票1及び2の両面コピーを添付してください。 ☐ 受給延長の手続きをした。 ⇒受給期間延長通知書のコピーを添付してください。 ☐ 上記の書類（コピー）は健保組合に提出した。
11. 年金の受給状況について	①障害年金 ☐ 受給中 ⇒ 直近の年金額改定通知書のコピーを添付してください。 ☐ 年金額改定通知書を健保組合に提出済み ☐ 請求中 ☒ 受給も請求もしていない ②老齢年金 ☐ 受給中 ⇒ 直近の年金額改定通知書のコピーを添付してください。 ☐ 年金額改定通知書を健保に提出済み ☐ 請求中 ☒ 受給も請求もしていない ③その他の年金等受給されている場合は以下に記載していただき、通知書のコピーを添付してください。 ☐ 上記の書類（コピー）は健保組合に提出した。

- 【注意事項】
1. 質問事項は□にチェックを入れてください。
2. 必要書類の添付漏れや必要事項の記入漏れが故意に行われた場合、当報告書の提出がない場合は健康保険法第121条の定めにより、虚偽報告の場合は健康保険法第120条の定めにより、傷病手当金は支給されませんのでご承知おきください。本件は、健康保険法第59条の定めにもとづき行うものです。
3. 当健康保険組合より、医師、医療機関、医療保険者、社会保険事務所等に療養状況、年金受給状況等を照会する場合があります。