

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回目)

被保険者（申請者）情報	被保険者の	記号	番号	生年月日
	フリガナ	—		☐ 昭和 年 月 日
	氏名			☐ 平成
	住所	〒	—	電話番号 ()
	事業所名称			所在地
	委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 傷病手当金を申請いたします。 当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。(任意継続被保険者を除く) 被保険者(申請者) ⑩ ※自署の場合は押印省略可		

申請内容（申請者が記入）	傷病名	発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
			令和 年 月 日
	該当の傷病は	傷病の発生時の状況 1. 病気 2. 負傷(ケガ) ※事故・第三者行為によるもの場合は申請前に健保へお知らせください。	
	療養のために 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
申請者の仕事内容(退職後の場合は退職前の仕事内容)			

確認事項（申請者が記入）	1 上記の療養ため休んだ期間中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]又は[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 2. 請求中 3. いいえ	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	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)傷病名および基礎年金 番号をご記入ください。	傷病名	
	*受給している場合は、支払通知書のコピーを添付して ください。	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

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 ② 3 4

確認事項
(申請者が記入)

3 <健康保険の資格を喪失した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。

1. はい
2. 請求中
3. いいえ

名称

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。

基礎年金
番号

年金
コード

*受給している場合は、支払通知書のコピーを添付してください。

「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

支給開始
年月日

昭和・平成・令和
年 月 日

年金額

円

4 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。

1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ

4-①「はい」または「労災請求中」と答えた場合、
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

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

労務に服することができなかった期間を含む1か月ごとの賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況【出勤は○】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。

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

計

出勤 日

有給 日

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

計

出勤 日

有給 日

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

計

出勤 日

有給 日

上記期間に対して賃金を支給しました(します)か？

☐ はい
☐ いいえ

給与の種類

月給
日給
日給月給

時間給
歩合給
その他

賃金計算

締 日

支払日

日

当月 翌月 日

上記の期間を含む計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した賃金内訳

期間
内容

(1か月)
(1日)
(1時間)

月 日 時 給
月 日 時 給

月 日 分 支給額

月 日 分 支給額

月 日 分 支給額

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

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

健保受付年月日

2025/4/24 改定

コスモエネルギーグループ健康保険組合

2/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 ③ 4

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	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														
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷		発病または傷病の原因																								
	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	日間	療養費の別	☐ 健保 ☐ 公費()		転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																					
		令和	年	月	日まで	日間		☐ 自費 ☐ その他																								
	診療実日数	日	月		12345678910111213141516171819202122232425262728293031																											
			月		12345678910111213141516171819202122232425262728293031																											
			月		12345678910111213141516171819202122232425262728293031																											
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（詳しくご記載ください）																																
																				手術年月日		令和	年	月	日							
																				退院年月日		令和	年	月	日							
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																																
人工透析の実施または人工臓器を装着した日										昭和・平成・令和		年	月	日																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類		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 ()																											
上記のとおり相違ないことを証明する。																				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																				電話 ()												

	支 給 金 額							
法定給付								
合 計								

常務理事	事 務 長	係

<算出の基礎> 月額 _____ 千円

(法定) 円 × 2/3 × 日 = 円

被保険者（申請者）同意内容

コスモエネルギーグループ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

私は、傷病手当金の請求にあたり、コスモエネルギーグループ健康保険組合が関係機関に対して、傷病手当金の給付記録、療養の給付記録、診療履歴並びに年金等の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行う事、また、関係機関が上記照会の回答をする事に同意いたします。

- *関係機関とは、前加入保険者、事業所、医療機関、年金事務所
- *照会が複数となる場合は、本同意の写しも有効とします。
- *当健保加入日より前の、直近2年間の健康保険加入状況をご記入ください。

記号番号 ー 被保険者(申請者) 印(自署・捺印)

現住所 〒 ー

※初回申請期間の開始日が、コスモ健保で資格取得してから1年6ヵ月未満で傷病手当金を請求される場合は以下をご記入ください。

情報①	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日		無保険期間	☐
	保険者名称	☐ 協会けんぽ	支部	☐ 国民健康保険	(自治体名)
		☐ 健康保険組合			
	被保険者記号番号	ー		傷病手当金の受給	あり ・ なし
	社会保険の加入	会社名			
		会社所在地			
被扶養者であったとき	被保険者氏名	備考			

情報②	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日		無保険期間	☐
	保険者名称	☐ 協会けんぽ	支部	☐ 国民健康保険	(自治体名)
		☐ 健康保険組合			
	被保険者記号番号	ー		傷病手当金の受給	あり ・ なし
	社会保険の加入	会社名			
		会社所在地			
被扶養者であったとき	被保険者氏名	備考			

*加入日より前の直近2年間の職歴及び健康保険加入状況について空白期間無くご記入ください。

(用紙が不足するときは、複数枚ご用意いただきご記入ください。)

*ご家族の被扶養者として加入していた期間は「被扶養者であったとき」欄に被保険者の氏名を記入してください。

<取得した個人情報、保険給付支給決定の目的以外には利用いたしません。>