

傷病手当金申請書

1 枚目/全4枚

提出日：令和 7 年 12 月 5 日

本人記入(退職者用)

被保険者等 記号・番号	記号 1234	番号 1234567	被保険者 氏名	健保 翔平	印*
生年月日	S H R 3 年 5 月 10 日		連絡先 (両方)	Tel : 080-1234-5678 E-mail : shohei_kenpo@gmail.com	
被保険者住所	〒123-4567 東京都港区北麻布1-2-3				
労務に服することが できなかった期間	主治医の労務不能と認めた期間と一致していますか？ 令和 7 年 10 月 1 日 から 令和 7 年 11 月 30 日 まで				
退職前の仕事 内容(具体的に)	事務 (PC操作) 、経理事務、タイヤ製造、タイヤ販売、倉庫管理 等				
該当する□に✓を入れ、必要な添付書類をご確認ください					
今回の傷病での申請は在籍期間中を含む申請ですか？ (退職日をまたぐ、退職日まで)					
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (退職日以降) →健保へ提出ください 初回は事業所(会社)にこの申請書を提出してください					
今回の申請は1ヵ月単位での申請ですか？ [理由： 気力がなく、申請書が書けなかった]					
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ →理由をご記入ください					
第三者行為 (交通事故、他人からの暴力等) による傷病ですか？ [はい]の場合の必須添付書類					
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ →健保へご連絡ください					
労災保険に申請中、もしくは今後申請予定ですか？ (①・②両方)					
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →管轄労基署名[]					
障害厚生年金を受給していますか？ (①・②両方)					
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →傷病名[]					
①国民年金 厚生年金保険年金証書 (障害) のコピー ②年金振込通知書・年金額改定通知書等のコピー					
障害手当金を受給していますか？ (①・②両方)					
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →傷病名[]					
①国民年金 厚生年金保険年金証書 (老齢) のコピー ②年金振込通知書・年金額改定通知書等のコピー					
失業給付の受給について					
□受給中 →雇用保険受給資格者証のコピー					
□受給延長中 →受給期間・教育訓練適用期間・高年齢雇用継続給付延長通知書のコピー					
(それぞれ必須添付)					
□受給しない →離職票1.2のコピー					

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、プリチスト健康保険組合が必要とする事項 (私の個人情報を含む) について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してプリチスト健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、プリチスト健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。後日、本件についてプリチスト健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。なお、本書の写しも有効と致します。

プリチスト健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 7 年 12 月 5 日
氏名 健保 翔平 *

* 被保険者が 自筆 (手書き) の場合は押印省略可

傷病手当金申請書

2枚目/全4枚

医師証明（主治医）

患者氏名
担当の主治医に依頼してください

傷病名
診療開始日 令和 年 月 日

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

うち入院期間

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

診療日数	日	診療日	月	➡診療した日付 <例 6/3、18> ()
			月	➡診療した日付 <例 7/3、19> ()
			月	➡診療した日付 <例 8/3、20> ()

診療日数が0日の場合は、該当期間が労務不能であると判断した根拠をご記入ください

診療日が4ヵ月以上で、記入しきれない場合はこちらに日付をご記入ください

上記期間中における「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

【主たる症状及び経過】

【治療内容/検査結果/療養指導】等

症状経過からみて、従来の職種について労務不能と判断された医学的な所見

上記のとおり相違ありません

※ゴム印をご使用ください

証明日：令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関のTEL

医師の氏名

印

退職者用（毎回提出）

退職後も療養・早期回復を目指されているか日々の状況から確認し、支給可否を決定するために本報告書が必要になります。
引き続き傷病手当金を請求される場合は、本報告書を**毎回必ず提出**してください。
なお、記入漏れや提出がない場合は支給可否判断ができません。
また、内容に相違や虚偽があった場合は、健康保険法により給付制限の対象となる可能性があります。

該当する□に✓を入れてください

被保険者等 記号・番号	記号 1234	番号 1234567	被保険者 氏名	健保 翔平
----------------	------------	---------------	------------	-------

<医療機関での療養状況について>

通院回数・頻度

☐入院中➡[年 月 日～ 年 月 日]

☐毎日通院

☐週に__回通院

☒月に 1 回通院

☐数か月に1度通院➡[__ヵ月に__回]

☐未受診➡[理由 :]

受診日の決め方

☐医師の指示通りに通院

☒自己判断で通院

☐処方された薬がなくなった（なくなる）ときに通院

前回受診した際の次の受診予定日について、医師からどのような説明がありましたか？

今回薬を変えたので、飲み終わったところ状況を教えてくださいとのこと

受診と治療の内容

☐受診のみ

☒受診と処方箋

☐処方箋のみ

☐その他[]

治療の内容を具体的に記入してください

・先生とのカウンセリングで、最近の体調を話しアドバイスをもらう

・症状に応じた薬を出してもらう

薬について

☒医師の指示通りに服薬した

☐服薬していない[理由 :]

お薬の名前をご記入ください（医師に処方された薬以外も含めてすべて）
【保険調剤説明書や薬の説明書（原本・コピーどちらも可）を添付いただくことも構いません】

(1) サインバルタ

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

書ききれない場合[]

現在の症状

不眠、倦怠感

療養を行う上での医師の指示内容

規則正しい睡眠習慣を意識する

散歩をする

<日常生活について>

4枚目/全4枚

体調（自覚症状など）具体的に

- ・疲れやすい
- ・食欲がない
- ・寝つきが悪い

療養を行ううえで気をつけていることを具体的に記入してください

- ・散歩に出かけ、外の空気を吸う
- ・日記を書いている

標準的な1日のスケジュールを記入してください



<就労等について>

自覚している症状の経過について

- ☐ よくなっているので働けそう ☐ 少しよくなっているので働けそう ☒ 変化なし
☐ 少し悪くなっているので働けない ☐ 悪くなっているので働けない
☐ その他⇒[具体的に：
]

医師から説明された療養期間について

- ☐ 継続して療養が必要 ☒ 症状は改善しているが、療養が必要⇒[具体的な期間： 3ヵ月
]
☐ 現時点で就労可能
☐ その他⇒[具体的に：
]

現在の就労について

- ☐ 仕事をしている ☐ アルバイト等の軽度な仕事をしている⇒[内容：
]
☒ 仕事をしていない
☐ 仕事をする予定⇒[開始時期： 令和____年____月（頃）から就労予定]