

1枚目（被保険者記入用）
◎この申請書は2枚一組です。

傷病手当金の申請期間が
1ヶ月以上にわたる場合は
1ヶ月ごとに医師の証明を頂き
申請してください。

常務理事	事務長	担当	係
記入例			

健康保険 傷病手当金支給申請書

提出日 令和7年12月1日

① 被保険者等 記号と番号	記号 1234	番号 12345678	② 被保険者 氏名	山口 太郎
③ あなたの仕事 内容(具体的に)		④ 傷病発症の 年月日		1 日
⑤ 被保険者の (申請者) 現住所		支給可否決定に関する通知書の送付や、 追加書類の依頼、不備があった場合の連絡(文書または電話)のため使用します。 郵便が受け取れる住所、日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。		
⑥ 提出委任	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書 本社(事業主)を経由して提出する場合はチェックを入れてください。			
⑦ 傷病名	鎖骨骨折		⑧ 発病または 負傷の年月日	令和7年11月1日
⑨ 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input checked="" type="checkbox"/> その他(夜、家の階段で足を踏み外し転落し骨折)			
⑩ 療養期間中の傷病の 状態を詳しく		傷病の症状と、療養の状況・医師からの指示等について 詳しく記入してください。		
⑪ 療養のために 休んだ期間 (申請期間)	令和7年11月1日から 令和7年11月15日まで 15 日間		⑫ 労災保険からの休業 給付補償の申請を していますか	はい <u>いいえ</u>
⑬ 「障害年金」または 「障害手当金」を 受給していますか	はい <u>いいえ</u> 請求中 受給している ものにチェック		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	※ 請求中の場合は誓約書が必要と なります。 ※ 年金額に変更が生じた際には ご連絡ください。
⑬で「はい」もしくは 「請求中」の場合	傷病名 年金年額		障害厚生年金・老齢退職年金の給付を受けている方は、 「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。 請求中の方は、誓約書の追加提出が必要となります。	
⑭ 《退職者の場合》 老齢または退職に よる公的年金を 受給していますか	はい・いいえ・請求中		⑭で「はい」もしくは 「請求中」の場合	基礎年金番号 支給開始日 年 月 日

同意書

FR健康保険組合 理事長殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、FR健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等他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こと、また、関係機関がFR健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びFR健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

※ 関係機関とは、事業主、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

令和7年11月30日

被保険者氏名 **山口 太郎**

【注意事項】

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。
- 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)

医師証明は2ページ目に続きます。

受付日付印

提出先	※担当医師より 資格喪失後に在籍中の期間を申請する場合も、山日本社へ提出してください。		
在籍中の期間についての申請	〒754-0894 山口県山口市佐山10717-1 (TEL:083-988-0306) (株)ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム		
資格喪失後の期間についての申請	〒135-0063 東京都江東区有明1-6-7 (TEL:03-6865-0005) FR健康保険組合 給付担当		

⑮ 患者氏名			⑯ オンライン診療や患者の転居等により証明書原本のお渡しが困難で、PDFで交付した場合	<input type="checkbox"/>
⑰ 傷病名	(1) _____ (2) _____	⑱ 療養の給付開始年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日	
担当医師に記入を依頼してください。				
⑲ 発病または負傷の年月日	年 月 日		負傷の原因	
⑳ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
㉒ 診療実日数	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 <small>診療日を○で囲んでください。</small>			日間
㉓ ㉑の期間中入院した場合にはその期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養費の別 転 帰	健保・自費・公費 () ・その他 治癒・繰越・中止・転医	日間
㉔ ㉑の期間中における傷病の主状態及び経過の詳細について				
㉕ 通院指導について	1. 入院中 2. 日おきに通院 3. 週に 回通院 4. 月に 回通院 5. ヶ月に1回通院 6. 指示していない（指示をしていない理由を備考欄にご記入ください。） 【備考】			
㉖ ㉑の期間中における				⑳ あり・なし
㉗ 療行支費 医師				
「うえのとおり相違ありません。」と医師が記入した日付までの支給となります。 未来の証明は認められません。 例：労務不能と認められた期間 令和7年3月1日から令和7年3月15日まで 15日間 うえのとおり相違ありません。 令和7年3月10日×(期間終了日以降の日付であること)				
上記のとおり相違ありません。				年 月 日
医療機関所在地				
医療機関名称				
電話番号	()			
医師の氏名				

※医療機関名等ゴム印を押印ください。

【医師へのお願い】

労務不能と認められた期間は、未来の証明はお受けできません。

内容により、保険者より照会をさせていただくことがありますので予めご了承ください。

訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。