

健康保険 傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	傷病名	1) 右大腿部骨折 2) 右橈骨遠位端骨折 3)	発病または 負傷年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日 平成 ●●年 ●●月 ●●日 平成 ●●年 ●●月 ●●日	
	発病または 負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外し落下したため			
	第三者の行為 によるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	業務上、通勤途上 によるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	※「はい」の場合は、別途届出が必要です。
	傷病のため 休んだ期間	令和 ●●年 5月 1日 から 令和 ●●年 5月 31日 まで 31 日間			
	■上記の傷病のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
	「はい」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。	報酬額	96,000 円		
	報酬支払期間	令和 ●●年 ●●月 2日 から 令和 ●●年 ●●月 10日 まで 9 日間			
	■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。	受給中・請求中・ <input checked="" type="radio"/> どちらでもない			
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。				
	年金等の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()			
傷病名	年金額		年 月 日		
基礎年金番号	支給開始日		年 月 日		
■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。	受給中・請求中・ <input checked="" type="radio"/> どちらでもない				
給付等の種別	1. 失業給付 2. 休業補償給付 (労働基準監督署) 3. その他()				

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。			
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			
	日付	令和 ●●年 ●●月 ●●日		
被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎		
代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名			

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	123	
	金融機関名称	●●	銀行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> その他 当座 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名		発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日							
	傷病名	1			年	月	日							
		2			年	月	日							
		3			年	月	日							
	発病または 負傷の原因													
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	診療実日数	日
	入院した場合 はその期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間		
	傷病の主たる症状及び経過概要、 治療内容等													
症状経過からみて従来職種について 労務不能と認められた医学的な所見														
上記のとおり相違ないことを証明します。		医療施設の所在地												
令和 年 月 日		医療施設の名称												
		医療機関の氏名												

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																	
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【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	日	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	日	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	日	日
	上記の期間に対し												締日	日																				
	給与の種類												支払日	□当月	日																			
		時間給	歩合給	その他()										□翌月	日																			
	上記の期間中にかかるとして 支払った報酬 (給与・賃金等)	支給期間											支給額		支払日																			
		年	月	日	～	年	月	日	円		月	日																						
年		月	日	～	年	月	日	円		月	日																							
現在まで、または 将来も支給しない 場合はその理由																																		
賃金計算方法 (欠勤控除等)																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。		事業所所在地																																
令和 年 月 日		事業所名称																																
		事業主氏名																																

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。