

## 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	右大腿部骨折		発病または 負傷年月日	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 <u>いいえ</u>	業務上、通勤途上 によるものですか	はい <u>いいえ</u>	
	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。				
	はい <u>いいえ</u>				
	「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。				
	報酬支払期間	令和 ●● 年 ●● 月 2 日 から 令和 ●● 年 ●● 月 10 日 まで 9 日間	報酬額	96,000 円	
	■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・ <u>どちらでもない</u>				
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・ <u>どちらでもない</u>					
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( )				

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。 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				
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する(希望者は☑、希望しない場合は口座情報を記入)						
振込先情報	金融機関コード	被保険者口座を記入				本店 支店
	金融機関名称					
	預金種別					
当座 ( )	口座番号	口座名義 (カタカナ)				
提出方法	本請求書の提出方法について、希望する方を選択してください					
<input type="checkbox"/> 事業主(人事担当者)が該当箇所を記入後、直接、健康保険組合へ提出する。						
<input type="checkbox"/> 事業主(人事担当者)が該当箇所を記入後、請求者へ一旦返却する。(請求者本人が改めて健康保険組合へ提出する必要があります)						
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。公金口座受取の場合、公金口座が入手できない場合は、振込みが遅れる可能性があります。					
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。

療養担当医師の章	患者氏名		発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日					
	傷病名	この欄は、療養を担当した医師に 記入を依頼してください					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	日間	診療実日数	日			
		令和	年	月	日	まで						
	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
	主たる症状 および経過											
治療内容、 検査結果等												
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 ※申請期間のうち出勤、有給休暇等で報酬支給対象日に○を記入してください。												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																								29	30	31	日	日				
	上記の期間に対して												日	日																						
	給与の種類												時間給	歩合給	その他( )	支払日	日																			
													時間給	歩合給	その他( )	支払日	日																			
	上記の期間中 にかかる分として 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															
												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。