

健康保険 傷病手当金支給申請書

被保険者情報	個人番号（被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要）		× × × × × × × × × × × × × ×											
	※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													
	被保険者証等 記号・番号		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							
	住 所		〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2			※健保事務処理センター（03-6709-8031）より申請内容について 電話確認をする場合がありますので必ずご記入ください。								
社内携帯番号		(000) 0000-0000			電話番号	(0101) 00-0000								
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・令 ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日 平・令 ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日 平・令 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 ・ いいえ		業務上、通勤途上 によるものですか	はい ・ 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。		はい ・ 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 ・ 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 ・ 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（ ）												
※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい														
委任状	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											
代理人 （実際に給付を受領する者）		氏 名												
※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。														
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		普通 当座 その他（ ）		口座番号		1234567		口座名義 （カタカナ）		ケンポタロウ			

受付日付印

■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	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											年	月	日	
													年	月	日	
													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	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【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	この欄は、お勤め先の事業主に 証明を依頼してください																									8	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 □翌月	日	
		時間給	歩合給										その他()																							
	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																	
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。