

# 傷病手当金支給申請書 記入例

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 1 回目)

1 保険者	①被保険者等 記号 <b>0000</b> 番号 <b>654321</b> ②生年月日 昭 <del>和</del> 令 <b>××</b> 年 <b>×</b> 月 <b>×</b> 日	③氏名(申請者) (フリガナ) <b>サンギョウ タロウ</b> <b>産業 太郎</b>
	④住所(申請者) 〒 <b>105 - 0014</b> <b>東京</b> (都) <b>港区</b> (府) <b>△△△-〇-〇</b> <b>△△△マンション〇〇号室</b>	⑤電話番号 (日中の連絡先) <b>090 (××××) ××××</b>
2	⑥事業所名称 <b>㈱ □□□□</b>	⑦被保険者の資格取得日 昭 <del>和</del> 令 <b>××</b> 年 <b>×</b> 月 <b>×</b> 日
⑧傷病手当金の決定をするに必要事項を、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答することに同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。		被保険者氏名(申請者氏名) <b>産業 太郎</b>
申請内 3	⑨療養のため労務に就くことができない傷病名 <input checked="" type="checkbox"/> 医師等が記入する⑩欄(2ページ目)の傷病による申請の場合は、左記に <b>☑</b> を入れてください。別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する医師等の意見を付けてください。	⑪傷病又は負傷年月日 昭 <del>和</del> 令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日
	⑫仕事の内容(具体的に) <b>工場内での検品</b>	⑬療養の為休んだ期間の症状(詳しく) <b>患部の腫れ、痛み。ギプスで固定。</b>
4	⑭傷病又は負傷の原因(詳しく) <b>業務中・業務上・通勤途上</b> <small>※業務上・通勤途上の場合、労働基準監督署にご相談ください。</small>	(詳しく) <b>自宅内で段差につまずいた</b>
	⑮傷病の原因に相手がありますか(交通事故やヤソ等) はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑯「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。(過失割合に応じて組合から相手に請求します。)
5	⑰療養の為休んだ期間(申請期間) 昭 <del>和</del> 令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 から 昭 <del>和</del> 令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>14</b> 日 まで <b>14</b> 日間	⑱介護保険サービスを受けたとき サービス名 保険者番号 被保険者番号 保険者名称
	⑲上記期間に報酬を受けられますか はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑳「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額 昭 <del>和</del> 令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 から 報酬額 昭 <del>和</del> 令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>5</b> 日 まで 円
6	㉑障害厚生年金又は老齢年金(退職者のみ)を受給していますか 受給中 請求中 未請求	㉒年金の種類 □障害厚生年金 傷病名 □老齢年金 □障害手当金 基礎年金番号 年金額(年額) 円
	※今回申請される傷病と同一の傷病で障害厚生年金又は障害手当金(障害基礎年金のみ)を受給している場合及び、退職後の申請期間で老齢又は退職を事由とする公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額が調整されます。	

※この傷病手当金の申請する期間において、労災から休業(補償)給付を受ける予定又は、受給している場合は当健康保険組合にご連絡ください。

委任状 7	⑳被保険者 氏名 <b>産業 太郎</b>	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。 令和 <b>元</b> 年 <b>5</b> 月 <b>10</b> 日
	㉑受任者(事業所) 氏名 <b>代表取締役 △△ △△</b>	受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。

注:この申請書は2枚1セットです。2枚目の「医師等/事業主記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

8 ㉒備考

㉓社会保険労務士の提出代行者名記載欄

訂正する場合は、訂正箇所にて二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

- 1 記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかでご確認ください。
- 2 被保険者が亡くなられて、法定相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所も同様です。)
- 3 休職前の業務について、具体的にご記入ください。(事務員などではなく、経理事務、プログラマー、店舗接客など)退職後の申請の場合は、在職中の業務の内容をご記入ください。
- 4 ⑭欄で「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を一緒に提出してください。(第三者の行為による傷病届は当組合のホームページよりダウンロードできます。また当組合から郵送もできますのでご連絡ください。)
- 5 ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師等の意見」をいただきください。(申請書2枚目)
- 6 今回申請される傷病手当金と同一の傷病で障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合(障害基礎年金のみの場合は不要)及び、申請期間が資格喪失後で、老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている場合、年金額がわかるものが必要となります。下記の〈添付書類〉を参照し添付してください。
- 7 在籍中の方は全て事業所への委任払いになるため、委任状の⑲欄には被保険者の署名または記名をし、⑳欄は事業所が署名または記名をしてください。受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。また、事業所を辞められた後の申請の場合は事業所への委任払いのほか、個人口座へお支払いも可能です。申請書の余白部分に、被保険者(申請者)名義の口座で金融機関名・支店名・種別(普通・当座)・口座番号・口座名義(フリガナ)をお書きください。(個人口座へお支払いを希望される場合は委任状は不要です。)
- 8 被保険者の記号番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

### 添付書類

障害厚生年金、障害手当金、老齢又は退職を事由とする年金を受給している方

- 1 年金証書、裁定通知書の写し
- 2 直近の支払金額のわかる書類(年金振込通知書等)の写し

確認のため、その他の書類を追加で提出していただくこともあります。

この申請書は **2枚1セット** です。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。