記入例

健康保険　傷病手当金支給申請書（第 ○ 回）

※提出回数を記入

被保険者が記入するところ

被保険者等記号−番号 または個人番号	1 − 123456	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成 令和	年	月	日
				○○	○○	○○					
被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者住所	〒 000-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○マンション105号室 電話　00（1234）5678								
生年月日	昭和・平成・令和　○○　年　06　月　19　日										
所属部署名及び電話	株式会社　○○○○　○○店		電話　00（4321）8765								
傷病名	急性胃腸炎	発病又は負傷年月日	平成 令和	○○	年	5	月	0	日	1	
発病の状態又は負傷の原因を詳しく	急な腹痛と嘔吐のため病院を受診	第三者の行為によるものですか	いいえ・はい								
傷病又は負傷で療養するため休んだ期間（申請期間）	平成・令和　○年　5月　1日　から 平成・令和　○年　6月　10日　まで	41日間									
うえに書いた期間の部分の報酬（賃金）を受けましたか、又は受けられますか	現在まで　受けた・受けない	将来　受けられる・受けられない									
報酬支払を受けたとき（受けられる）ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間	平成・令和　年　月　日　から 平成・令和　年　月　日　まで	の分として　円									

該当するものに○印を付けて下さい。

「障害厚生年金」または「障害手当金」について	受給の有無	年金の種別
※受給の無い方は「種別」以下の欄の記載は不要です	有・無・請求中	障害厚生年金・障害手当金
受給中の方はこの枠内も記入をして下さい。	基礎年金番号	年金額
		円／年
	受給開始年月日	支給事由となった傷病名
	平成・令和　年　月　日	

今回の申請は、労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	はい	いいえ	労災請求中
「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、請求元（請求先）の労働基準監督署を下記へご記入ください。			労働基準監督署

該当するものに○印を付けて下さい。

「はい」又は「労災請求中」の方はこの枠内も記入をして下さい。

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	平成・令和　年　月　日　から 平成・令和　年　月　日　まで	日間
うえの期間中の分として支払う報酬関係 ①全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和　年　月　日　から 平成・令和　年　月　日　まで	の分の報酬を　円
うえの期間中の分として支払う報酬関係 ②一部支給した場合又は支給する場合		日間　・出勤 ・有給 ・その他（　）
		日間　・出勤 ・有給 ・その他（　）
うえの期間中の分として支払う報酬関係 ③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成・令和　年　月　日　から 平成・令和　年　月　日　まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。
うえの期間中の分として支払う報酬関係 ※必要添付書類	上記期間の「出勤簿」及び「賃金台帳」の写し	

※事業主の証明が必要です

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業主　所在地

名　称

氏　名

電　話

療養を担当した医師が意見をかくところ

傷病名	
発病又は負傷年月日	平成・令和　年　月　日
療養の給付を開始した年月日	平成・令和　年　月　日
発病又は負傷の原因	
労務不能と認めた期間	平成・令和　年　月　日　から 平成・令和　年　月　日　まで　日間
うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成・令和　年　月　日　から 平成・令和　年　月　日　まで　日間

左の期間中の診療実日数　日間

療養の費用の別　社保・国保・公費 / 自費・その他

※担当医の証明が必要です

傷病の主状態及び経過概要	労務不能と認めた期間における「主たる症状および経過、治療内容」等を詳しくご記入ください。 労務不能と認めた理由（自覚的症状、他覚的所見など）について詳しくご記入ください。 上の期間で診療実日数が0日の場合は、診療せずに労務不能と判断された医学的見解もご記入ください。
今後の就労見込	1．可能（令和　年　月　日頃）　2．不明

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

所在地　〒

医師　医療機関名

氏　名

電　話

給付金の受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込みを希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者　住所　㊞

氏名　㊞　委任者との関係

代理人　住所　電話

※給付金の受領を受取代理人に委任する場合は記入してください

※資格を喪失後に申請される方は無職無収入証明と支払金融機関を記入してください。

無職無収入証明

平成・令和　年　月　日　から
平成・令和　年　月　日　まで　日間 無職無収入でありました。

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

被保険者　住所

氏名

※資格喪失後の継続給付対象者は記入してください

支払金融機関

銀行 信用金庫 信用組合　本店 支店

支店番号	普通・当座	口座番号（右づめ）

名義人（フリガナ）

令和　年　月　日提出

受付日付印

※原則として給与口座に振り込まれます。
1カ月以内に給与口座に変更（名義含む）があった方も、支払金融機関をご記入ください。

マルハン健康保険組合