

記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回) ※提出回数を記入

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。(マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	1 - 123△△	被保険者資格取得日	平成	○	○	0	4	0	1	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成							
	被保険者氏名と印	フガナ ケンボ タロウ		健保 太郎		被保険者住所		〒 228-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○マンション105号室											
	生年月日	昭和・平成 ○○年 07月 26日		電話		00 (1234) 5678													
	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	○	○	1	0	0	2								
	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 28年 10月 2日 から		10日間		平成 28年 10月 11日 まで													
	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 年 月 日 から	の分として 円																
	「障害厚生年金」または「障害手当金」について ※受給の無い方は「種別」以下の欄の記載は不要です	受給の有無	有		無	請求中	年金の種別												
基礎年金番号				障害厚生年金 ・ 障害手当金															
年金額				円/年															
受給開始年月日		平成 年 月 日		支給事由となった傷病名															
		平成 年 月 日																	

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から	日間														
		平成 年 月 日 まで															
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から	の分の報酬を 円														
		平成 年 月 日 まで															
	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 ()															
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成 年 月 日 から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。															
※必要添付書類	上記期間の「出勤簿」及び「賃金台帳」の写し																
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
平成 年 月 日																	
所在地																	
事業主 名称																	
氏名																	
電話																	

※事業主の証明が必要です

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 年 月 日																
	療養の給付を開始した年月	平成 年 月 日																
	発病又は負傷の原因																	
	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日 から	日間	左の期間中の診療実日数	日間													
		平成 年 月 日 まで																
	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 年 月 日 から	日間	入院の費用の別	健保・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。																
今後の就労見込	1. 可能 (平成 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。																		
平成 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。平成 年 月 日																
	※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																
	代理人の欄	氏名	委任の 関係														
	住所																

※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 年 月 日 から	日間 無職無収入でありました。															
	平成 年 月 日 まで																
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日																
支払金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合																
	支店番号	普通・当座	口座番号(右づめ)														
	名義人(フガナ)																
	平成 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。