

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

令和 1 年 7 月 1 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 〇〇〇〇	被保険者 資格取得日	平成 令和 2 7 0 4 0 1	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日	
	個人番号	番号 〇〇〇〇								
	社員番号	〇〇〇〇〇〇	職種							
	被保険者 (請求者) 氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者 (請求者) 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木イースト301号室						
	生年月日	昭和・平成 51 年 7 月 31 日	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇						
	傷病名	右足複雑骨折				発病又は 負傷年月日	平成 令和 0 1 0 6 0 7	年	月	日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく	旅行先でトレッキング中に、木の根に足を挟んだ				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	平成 令和 1 年 6 月 7 日 から	24 日間		申請書は月毎に記入してください。 (複数月分をまとめてご記入されますと、給付 までに時間を要する場合がございます。)					
		平成 令和 1 年 6 月 30 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 令和	年	月	日から	の日分として 円					
	平成 令和	年	月	日まで						
障害厚生年金又は障害手当金 受給の有無	有	・	無	・	請求中	基礎年金番号	-			
受給病名					障害厚生年金 手当金の額	円				
任意継続被保険者 ・資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無		年金コード又は記号番号もしくは番号			年 金 額				
	有		・	無	・	請求中	円			
	無職無収入 の証明	平成 令和	年	月	日から	日間 無職無収入でありました。				
	平成 令和	年	月	日まで						

支 払 金 融 機 関	三菱UFJ 銀行		渋谷明治通 本店 支店		
	支店番号	普通・当座	口座番号		
	470		〇〇〇〇〇〇〇		
	名義人(フリガナ)	ケンポ タロウ 健保太郎			
※被保険者名義の口座を必ずご記入ください					

受付日付印

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

被保険者が記入

氏名

労務に服さなかった期間	平成・令和	年	月	日	から	日間	給与締日：	日締め
	平成・令和	年	月	日	まで		支払日：	日払い
ア	平成・令和	年	月	日	から	金		円
	平成・令和	年	月	日	までの分として		(日支払)
事業主が証明するところ	<h2 style="color: red;">事業主の証明欄</h2> <p style="color: red;">「被保険者が記入するところ」・「療養を担当した医師が意見をかくところ」の記入が済んだら、自身が在籍している会社の人事部門へ提出してこの欄を記入してもらいます。 会社が記入後は、会社の人事部門から健康保険組合へ申請されます。</p>							
	現在							
	上記							
事業主	名 称							
	氏 名	Ⓜ						
	電 話							

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			
療養を担当した医師が意見をかくところ	発 病 又						
	労 務 不 能						
	傷 病 日						
上 記 の							
医 師	氏 名	Ⓜ					
	電 話						

医師の証明欄

※傷病手当金の申請書は、「過去の事実」を証明していただくものです。
未来日を労務不能の期間で証明を受けることはできません。