

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

令和 4 年 6 月 10 日提出

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	社員番号 〇〇〇〇	所属及び部署名 総務部
	被保険者氏名(自署)	フリガナ ケンポ タロウ 健保太郎			住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木イースト〇〇〇号室
	生年月日	昭和 平成 3 年 6 月 7 日			電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

申請内容	傷病名	1) 左足関節靭帯損傷	発病または負傷年月日	平成 令和 4 年 5 月 10 日
		2)		平成・令和 年 月 日
		3)		平成・令和 年 月 日
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく	趣味のバスケットボール試合中に転倒		第三者の行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
療養のため休んだ期間	令和 4 年 5 月 10 日 から 令和 4 年 5 月 31 日 まで 22 日間			
仕事の内容(具体的) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	事務職			

確認事項	上記の療養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	現在まで	受けた <input checked="" type="radio"/> 受けない <input type="radio"/>	将来	受けられる <input type="radio"/> 受けられない <input checked="" type="radio"/>	
	報酬を受けたまたは受けられるときは、その報酬支払の基礎となった期間とその報酬額	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
		報酬額	円			
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 請求中				
	年金等の種別	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金		傷病名		
	年金コード			基礎年金番号		
	支給開始年月日	昭・平・令 年 月 日		年金額	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	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 請求中			
		年金コード			基礎年金番号	
		支給開始年月日	昭・平・令 年 月 日		年金額	円
無職無収入の証明	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間 無職無収入でありました。			
労災保険から休業補償給付を受けていますか、または請求中ですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 請求中					
「はい」または「請求中」と記入した方は支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください	労働基準監督署					

振込先指定口座	金融機関名	三菱UFJ 銀行 信用金庫	渋谷明治通	本店支店	支店番号	4 7 0
	預金種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	名義人(カタカナ)	ケンポ タロウ

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	個人番号(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下さい。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③マイナンバーカード(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点も添付して下さい。		

※任意継続被保険者・資格喪失者の方は必ずご記入下さい。

事業主が証明するところ

事業主の証明欄

「被保険者情報」「申請内容」「確認事項」「振込先指定口座」・「療養担当者が意見を記入するところ」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。

療養担当者が意見を記入するところ

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。