

傷病手当金支給申請書 記入例

東京紙商 健康保険組合 | 業務課 03-3666-2522

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者情報	1 被保険者証	記号 987 番号 654321	生年月日 <input checked="" type="radio"/> 平・令 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
	2 氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 3 <input type="radio"/> 印	<small>— 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。</small>
	住所	〒 110-0000 東京 <input checked="" type="radio"/> 都府県 墨田区 <input type="radio"/> 〇〇 X-X <input type="checkbox"/> 〇〇マンション XX <input type="checkbox"/> 号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
事業所名称	(株)〇〇〇〇	提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)	

振込先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫・信託 郵便・その他()	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ <input type="checkbox"/> 支店 本店・出張所 その他()	口座番号 1234567
			口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者)・代理人

委任状	4 口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者) 氏名・印 <input type="radio"/> 印	令和 年 月 日
		代理人(口座名義人) 住所 氏名・印 <input type="radio"/> 印	被保険者との関係()

申請内容	傷病名	1) 虫垂炎	発病又は負傷年月日	平 <input checked="" type="radio"/> 年 4 月 15 日
		2)		平・令 年 月 日
		3)		平・令 年 月 日

発病時の状況又はケガの原因(詳しくご記入ください)	自宅で急にお腹が痛くなった
	<small>注: 仕事中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。</small>

5 仕事の内容(具体的に)	店舗における接客(販売、レジ等)	退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。
---------------	-------------------------	------------------------------------

6 療養のため休んだ期間(申請期間)	平 <input checked="" type="radio"/> 年 4 月 15 日 から 8 日間	申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印を必ず押印ください。
--------------------	--	--------------------------------

上記期間に報酬を受けましたか、または、今後、受けられますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	平・令 年 月 日 から 報酬額 円
--------------------------------	---	-----------------------------	--------------------

7 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 請求中 <input type="radio"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名 年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	基礎年金番号 年金額 円
---------------------------	---	-----------------------------------	--	--------------

8 「退職した方」老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 請求中 <input type="radio"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称 基礎年金番号 年金額 円
-------------------------------------	---	----------------------------	--------------------

注: 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。

9 マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)	マイナンバーを記入した場合、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。
--	---

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	<input type="radio"/> 印
-------------------	-------------------------

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。) ※振込先は在職中の方は記載不要です。


- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 被保険者が亡くなられて、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、振込先口座も同様です。)
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。
- 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。
- 療養前の業務について、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、商品品出しなど)退職後の申請の場合は、在職中のお仕事の内容をご記入ください。
- 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」をいただきます。(申請書2枚目)
- 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
○年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)
・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し
・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し
- 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、別途、提出書類が必要となります。
○年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)
・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し
・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に を付けてください。

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。

記入例 | 傷病手当金 支給申請書 事業主証明欄

東京紙商 健康保険組合 | 業務課 03-3666-2522

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 太郎				
	① 労務に服さな った期間	平(令)元 年 6 月 16 日 から	② 出勤	有給	③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。	
		平(令)元 年 7 月 15 日 まで 30 日間	0 日	3 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	被保険者の	④ 給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()	⑤ 賃金計算	締日 15 日	支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 25 日
	⑥ 上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する)場合	基本給	元 年 6 月 16 日 ~ 元 年 7 月 15 日	3 日間	45,000 円	300,000 ÷ 20 日 × 3 日 (日額15,000円)
		通勤手当	31 年 4 月 1 日 ~ 元 年 9 月 30 日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし
	住宅手当	元 年 6 月 16 日 ~ 元 年 7 月 15 日	30日間	20,000円	欠勤控除なし	
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 元 年 6 月 1 日
所在地		東京都墨田区△△ 1-2-3				
事業所名称		○○○○ 株式会社				
事業主氏名		○○ ○○		 電話番号 △△(□□□□)××××		

事業主のみなさへ

「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

- ① 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。