

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)

1	被保険者証	記号 987	番号 654321
	氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 平 令 〇〇 年 〇 月 〇 日
2	住所	〒110-000 東京 墨田区〇〇 × - × 〇〇 マンション × × ×	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✓)
3	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行・金庫・信託 郵便・その他 ())	預金種別 (普通・当座・その他 ())
	口座名義 カタカナで記入)	△△△△ (支店・本店・出張所 その他 ())	口座番号 1234567
4	委任状	被保険者 申請者) 本申請に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	氏名
	口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	代理人 口座名義人) 住所	氏名 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 令 〇 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 詳しく記入ください)	自宅でお腹が痛くなった 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。	
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 令 〇 年 4 月 15 日 から 8 日間 平 令 〇 年 4 月 22 日 まで	
7	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。	はい 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
	障害厚生年金又は障害 手当金を受給してい ますか。	はい 請求中 いいえ	平 令 年 月 日 から 報酬額 平 令 年 月 日 まで 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。	はい 請求中 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
	労災保険から休業補償 給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	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
			年金の名称 基礎年金番号 年金額 円
			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

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。

受付日付印

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。

10) 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

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 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。)
- 在職中の方は振込先の記入は不要です。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 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」をいただいでください。(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。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 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。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 労災保険から休業補償給付を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 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。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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 労務に服さなかった期間	平 〇 元 年 6 月 16 日 から	② 出勤	有給	③ の期間に対し賃金を支給しました(します)か。	
		平 〇 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	〇〇〇〇 株式会社					
事業主氏名	〇〇 〇〇	印	電話番号	△△ (□□□□) ××××		

事業主のみなさまへ

「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。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。