

傷病手当金支給申請書 記入例

#REF!

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 保険者証	記号 987 番号 654321	生年月日	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平・令 <input type="radio"/> 〇〇年 <input type="radio"/> 〇月 <input type="radio"/> 〇日
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	3 印	一自署の場合は押印を省略できます。
	2 住所	〒 110-0000 東京 <input checked="" type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県 墨田区 <input type="radio"/> 〇〇 <input type="radio"/> X-X <input type="checkbox"/> マンションX X X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	受領委任 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主経由で受領します。

(当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合) 下記振込先をご記入ください。

退職者記入欄	振込先金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・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	
			口座名義区分	被保険者・申請者

4 同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、東京紙商健康保険組合（以下「組合」とする）が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所および疾病・負傷に関わった団体等に対して組合が照会を行い、回答・提供を受け、また情報提供をすることについて同意いたします。また、上記照会を行うにあたり、組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。後日、本件について組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをいたしません。なお、本同意の写しも有効といたします。

同意日：令和 〇 年 〇 月 〇 日 署名・捺印 **健保 太郎** 印

申請内容	傷病名	1) 虫垂炎	発病又は 負傷年月日	<input checked="" type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 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 (詳しくご記入ください)	自宅で急にお腹が痛くなった 注：仕事中、通勤途上、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)	令 〇 年 4 月 15 日 から 令 〇 年 4 月 22 日 まで	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。
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。	<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	令 年 月 日 から 報酬額 円 令 年 月 日 まで
	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"/> 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"/> 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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄 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。

- 1 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。
- 2 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。)
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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)
- 7 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
- 8 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

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。