

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3

記入例

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者等（右つめ）	記号 〇〇	番号 △△△	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
	氏名（フリガナ） 〔自署の場合 押印省略可〕	デンゼツ タロウ 電設 太郎		事業所名称 〇〇〇〇 株式会社
	住所 電話番号 （日中の連絡先）	（〒〇〇〇 - 〇〇〇〇） 〇〇 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇		〇〇 都道 府県 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇

申請内容	1 傷病名	1) 鎖骨骨折	2)	3)
	2 発病または負傷年月日	平成 令和 1 年 5 月 22 日	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は 病気（疾病）ですか、 ケガ（負傷）ですか。	2 1. 病気〔発病時の状況：〕 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
	4 療養のため休んだ期間 （申請期間）	令和 1 年 5 月 22 日 から 令和 1 年 6 月 12 日 まで	日数 22 日間	5 あなたの仕事の内容 〔退職後に申請する場合は 退職前の仕事の内容〕 経理担当事務

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。今後受けられますか。	1 1. はい → 2. いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和 1 年 5 月 16 日 から 令和 1 年 6 月 15 日 まで の分として 175,000 円
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	3 1. はい → 2. 請求中 3. いいえ	「はい」と答えた場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金
	2-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。〕	傷病名	支給開始年月日 年 月 日	年金額 円
		基礎年金番号	年金コード	
	3 （健康保険の資格を喪失した方、または任意継続被保険者の方はご記入ください。） 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 2. いいえ	「はい」と答えた場合、その名称をご記入ください。	名称
3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号をご記入ください。〕	支給開始年月日 年 月 日	年金額 円		
	基礎年金番号	年金コード		
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	3 1. はい → 2. 労災請求中 3. いいえ	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 その他（ ）	本店 支店 出張所 支所
	預金種別	普通 口座番号	口座名義 （カタカナ）

「事業主記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者のマイナンバー記載欄  
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印