

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
	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