

# 傷病手当金支給申請書 記入例

被保険者の方へ

## 健康保険 傷病手当金支給申請書 第 〇 回目

1枚目  
(の次1組)

申請回数を記入してください

1	健康保険の記号と番号	記号 8888	番号 8888	2	事業所名称	株式会社〇△□
	3	被保険者(申請者)の氏名	健保 太郎	4	被保険者(申請者)の住所	〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇
	生年月日	昭和(印) △△年△△月△△日		日中の連絡先(自宅・勤務先・携帯)	000 - 0000 - 0000	
5	資格取得日	昭和(印) 4年8月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 1年未満	6	あなたの仕事内容(具体的に)	機械オペレーター
7	傷病名	1) うつ病	発病または負傷年月日	平成(印) 5年4月頃	日	
		2)	発病または負傷年月日	平成	年	月 日
		3)	発病または負傷年月日	平成	年	月 日
8	傷病の原因(該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 → 令和5年4月頃から頭痛や吐き気が続くようになった <input type="checkbox"/> 外傷 → 第1回目申請時に「 <b>負傷の原因について(回答書)</b> 」を添付してください <small>※第三者行為・交通事故による傷病の場合は申請前に組合にご連絡ください</small>				
9	療養のために休んだ期間(申請期間)	令和 5年 5月 29日 から	令和 5年 6月 25日 まで	28 日間		
10	申請期間中の療養状況	⑩-1 申請期間中の病状を詳しく記入してください 頭痛や吐き気に襲われるため、自宅で安静にして過ごしていました				
		⑩-2 申請期間中の医師からの治療に関する指示内容を記入してください お薬の服用を忘れないこと。仕事のことは考えず安静にすること。月1回の受診を指示されている。				
11	今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか(該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中		請求先(請求中・受給中の場合)	労働基準監督署	
12	障害厚生年金または障害手当金を受給していますか(該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中		傷病名(請求中・受給中の場合)		
13	高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(該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中		⑭ 介護保険法の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	
15	振込口座	金融機関名称	フリガナ 〇〇〇	フリガナ 〇〇〇	普通	口座番号
	口座名義(カタカナ)	ケンボ タロウ				
給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状を記入してください						
16	私は本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します					
	住所 〒					
	被保険者(申請者) 氏名 〇					
受取代理人の住所	〒					
受取代理人の氏名	委任者との関係(〇で記入してください)					
令和 5年 7月 3日						
受付日付印						
・雇用主 ・その他( )						

- 健康保険の記号と番号を記入してください  
※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号を記入してください
- 被保険者の氏名を記入してください  
※被保険者が亡くなられて、相続人の方(申請者)が申請される場合は申請される方の氏名・生年月日、④住所・連絡先を記入してください
- 組合から連絡する場合がありますので、日中連絡のつく電話番号を記入してください
- 仕事の内容は、具体的に記入してください
- 【傷病名】療養担当者が意見を記入する欄の⑫傷病名を記入ください  
【発病または負傷年月日】傷病について、発病した日またはケガをした日を記入してください
- 発病した時の状況(いつ頃から、どのような症状、起因など)を詳しく記入してください  
傷病が外傷(けが)による場合は「**負傷の原因について(回答書)**」に状況を詳しく記入してください  
※回答書は組合ホームページの申請書一覧から印刷してください
- 申請期間は給与の締日を区切りとしひと月ごとに申請してください  
※⑨申請期間と⑫療養担当者が労務不能と認めた期間は原則一致する必要があります
- 1 申請期間中の病状を詳しく記入してください  
2 医師からの治療に関する指示内容(受診回数、薬の服用についてなど)を記入してください
- 障害厚生年金または障害手当を受給中の場合は、①年金証書の写しと②年金額改定通知書及び直近の年金振込通知書の写しを添付してください
- 高齢または退職を事由とする公的年金を受給中の場合は、退職後も継続して傷病手当金を申請するときに限り、①年金証書の写しと②年金額改定通知書及び直近の年金振込通知書の写しを添付してください
- 振込口座は被保険者(申請者)名義の口座を記入してください  
⑯委任状欄に記入をした場合は、代理人名義の口座を記入してください
- 給付金に関する受領を代理人に委任する場合のみ記入してください  
なお、被保険者(申請者)の押印が必要です



