

健康保険 傷病手当金 支給申請書

※提出先は各事業所担当者です

被保険者情報	被保険者等	記号 10	番号 1234	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 60 年 6 月 22 日 平成
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	傷病名	1) 右大腿部骨折 2) 右橈骨遠位端骨折 3)	発病または 負傷年月日	令和 2 年 3 月 1 日 令和 2 年 3 月 1 日 令和 年 月 日
	発病または 負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外し落下したため		第三者の行為 によるものですか はい ・ いいえ
	傷病のため 休んだ期間	令和 2 年 5 月 1 日 から 令和 2 年 5 月 31 日 まで 31 日間		
	上記の傷病のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	現在まで	受けた ・ 受けない 今後 受けられる 受けられない	
	■ 上記で報酬を受けたまたは受けられると回答され方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。			
	報酬支払期間	令和 2 年 5 月 2 日 から 令和 2 年 5 月 10 日 まで 9 日間		
	受けた報酬額	96,000 円	受けられる報酬額	円
	■ 障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。		受給中 ・ 請求中 ・ どちらでもない	
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。			
	年金等の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()		
傷病名	年金額			
基礎年金番号	支給開始日		年 月 日	
■ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。または請求中ですか。		はい ・ いいえ		
「はい」と記入した方は支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください。		労働基準監督署		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 2 年 5 月 31 日	
	被保険者 (申請者)	氏 名 健保 太郎
代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

振込先情報	金融機関名称		番号	123
	預金種別	普通 当座	ケンボタロウ	

任意継続被保険者・退職者以外は、
委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、
振込先情報欄にご記入ください。

受付日付印

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名			発病または	令和	年	月	日				
	傷病名	1)	<div>この欄は、療養を担当した医師に記入を依頼してください</div>					月	日			
		2)						月	日			
		3)						月	日			
	発病または負傷の原因											
	労務不能と認めた期間	令和						年	月	日	実日数	日
	入院した場合はその期間	令和						年	月	日	日間	
	主たる症状および経過											
治療内容、検査結果等												
上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地												
令和 年 月 日 医療施設の名称												
医療機関の氏名												

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名								
	勤務状況【出勤は○】・【						出勤	有給	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	31	日	日
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か		はい ・ いいえ		賃金計算	締日	日		
	給与の種類	月給	日給	日給月給	支払日	□当月		日	
		時間給	歩合給	その他()		□翌月		日	
	上記の期間中に かかる分として	支給期間		支給額		支払日			
		年 月 日	～	年 月 日	円	月 日			
<div><p>* 記号37の加入者の申請については、以下の点にご留意ください。</p><p>記号37の各事業所（日東紡東京、大阪、名古屋、福島、富久山、伊丹）は、平成15年10月に健康保険法第34条に基づく一括適用事業所の承認を受けておりますので、この欄は日東紡の事業主（人事部長）となります。従い、各事業所の健保組合窓口担当の方は、申請書の内容を確認した後、別に設けてある「事業所責任者確認欄」に事業所の住所・責任者名を記入のうえ日東紡本社人事まで提出ください。</p><p>* 申請者が国内会社に出向している場合も、この欄は日東紡の事業主（人事部長）となります。</p></div>									
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地									
令和 年 月 日 事業所名称									
事業主氏名									

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

事業所記入欄	*事業所責任者確認欄(記号37の事業所)	
	住所	
	氏名	