

傷病手当金支給申請書 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 1 回目)		(被保険者記入用)		
被保険者情報	①被保険者証 記号 987 番号 654321	②事業所名称 (株)〇〇〇〇		
	③氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ	④生年月日 昭平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日		
	⑤住 所 〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	⑥電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇	⑦提出委任 ☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓)	
	⑧金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行・金庫・信託・郵便・その他) 〇〇〇〇 (支店・本店・出張所・その他)	⑨預金種別 ☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()	⑩口座番号 1234567	⑪口座名義区分 ☒ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
⑩口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	⑫口座名義区分	☒ 被保険者(申請者) ☐ 代理人	
⑬公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)			
委任状	⑭被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	⑮代理人(口座名義人) 住所 氏名 被保険者との関係()			
申請内容	⑯労務不能とする傷病名 1) 虫垂炎 2) 3) (原因および経過)	⑰発病又は負傷年月日 平 〇 年 4 月 15 日		
	⑱発病時の状況又はケガの原因 (詳しく記入ください)	1. 病氣 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。	平・令 年 月 日	
	⑲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。	
	⑳療養のため休んだ期間(申請期間)	平 〇 年 4 月 15 日から 8 日間	平・令 年 月 日	
⑲療養のため休んだ期間(申請期間)	㉑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。	はい 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 平・令 年 月 日 から 報酬額 円	
	㉒障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	はい 請求中 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 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円	
㉓「退職した方」を年齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい 請求中 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		
	㉔労災保険から休業補償金を受け付けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署 労働基準監督署	

注：この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

10 マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者記載欄

東京電子機械工業 健康保険組合 (〒111-8530 東京都台東区雷門1-13-8)

R5.7

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 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。
- 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。)
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ✓ を付けてください。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。) 注：マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。(事業所名義の場合を除く)
- 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。
- 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、3枚目)
- 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、傷病名、年金の種類、基礎年金番号、年金額を記載し、年金額が分かる書類(年金証書・年金額改定通知書等)の写しを添付してください。
- 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、年金の名称、基礎年金番号、年金額を記載し、年金額が分かる書類(年金証書・年金額改定通知書等)の写しを添付してください。
- 労災保険から休業補償給付を受給されている場合は、休業補償給付支給決定通知書の写しを添付してください。
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注：ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。(二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印(又はサイン)が必要となります。)

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 3枚1セット です。2枚目「事業主記入用」3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

注:初回(1回目)の申請時には、「同意書」と「前歴確認書」もご提出ください。