

傷病手当金支給申請書 記入例

東京文具工業 健康保険組合 | 給付係 03-3866-8141 (2)

健康保険 傷病手当金 支給申請書		(被保険者記入用)	
1 被保険者	被保険者等	記号 987 番号 654321	生年月日 平・令 〇〇年 〇月 〇日
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
	住所	〒750 0000 東京 都 区 〇〇 X-X 〇〇マンションX X X号	
	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) 〇〇〇〇	
事業所名称	(株)〇〇〇〇		
3 振込	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別 普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号 口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人
4 受取代理	受取代理人は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いします。	被保険者(申請者) 氏名 健保 太郎	令和 〇 年 〇 月 〇 日
	代理人(口座名義人) 氏名 文具 一郎	住所 東京都台東区〇〇-X-X	被保険者との関係(雇用者)
申請内容	傷病名	1) 虫垂炎	発病又は負傷年月日 平・令 〇 年 4 月 15 日
		2)	平・令 年 月 日
		3)	平・令 年 月 日
	発病時の状況又はケガの原因(詳しくご記入ください)	自宅で急にお腹が痛くなった 注: 仕事中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康組合と勤務先にご連絡ください。	
5	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。
6	療養のため休んだ期間(申請期間)	平・令 〇 年 4 月 15 日 から 8 日間 平・令 〇 年 4 月 22 日 まで	
7	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 平・令 年 月 日 まで
	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	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
8	「退職した方」老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

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

9

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

東京文具工業 健康保険組合

(令6.12)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等の記号及び番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- 被保険者が亡くなられての申請の場合は、被保険者氏名の横にカッコ書きで申請者のご署名をお願いします。住所、電話番号についても、申請者のご住所、電話番号をご記入ください。
- 個人口座への入金をご希望の場合、必ず、被保険者または申請者の名義の口座をご記入ください。被保険者、または申請者と異なる名義の口座へのお振込みはできません。
- 事業所が代理受領する場合は、必ず、被保険者(申請者)の署名と、受取代理人の欄には、事業所様より当組合へご提出いただいている、「給付金受領責任者口座設置届」で届出されている方の署名をお願いいたします。
- 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)
- 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」をいただけてください。(申請書の右ページ)
- 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは当組合(右上の電話番号)にお問合せください。
- 退職後に、老齢または退職を事由とする公的年金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは当組合(右上の電話番号)にお問合せください。
- マイナンバーでの申請も可能ですが、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。

※ ご記入内容を訂正する場合は、二重線で訂正のうえ、被保険者が記入する欄には被保険者(申請者)の、事業主が記入する欄には事業主の、医師が記入する欄には医師の訂正の署名(サイン)が必要となります。また、訂正の際に、修正液や修正テープ等はご使用いただけませんので、ご注意ください。