

傷病手当金支給申請書 記入例

健康保険 傷病手当金 支給申請書		(被保険者記入用)	
1 被保険者情報	被保険者証 記号 1234 番号 5678	事業所名称	〇〇工業株式会社
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭平令〇〇年〇月〇日
2 住所	〒 110-0000 東京 都道府県 渋谷区 〇〇 ×-×	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) 〇〇〇〇
	□□マンション×××号		
※ 受領について (どちらかに✓)			
<input checked="" type="checkbox"/> 事業所への委任払いを希望 (委任状欄へ)		<input type="checkbox"/> 個人口座への振込を希望 (振込先へ)	
3 振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信託 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
4 委任状	被保険者 (申請者) 氏名 健保 太郎	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
	代理人 (口座名義人) 氏名 〇〇工業株式会社 山田 一郎	住所 東京都港区〇〇 ×-×	※委任払いの場合は押印をお願いします
5 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)	自宅で急におなかが痛くなった 注: 仕事中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。	
6 仕事の内容(具体的に)	運転手	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。	
7 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		
8 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	はい	「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
	はい 請求中	「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 □ 障害厚生年金 種類 □ 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円
9 <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	「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
	はい 請求中	「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
10	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。)	受付日付印	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄			

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 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。
- 2 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。)
- 3 個人口座への振込を希望する場合にご記入ください。被保険者が亡くなられて、申請者が当該被保険者の扶養でなかった場合は、続柄のわかる書類 (戸籍謄本、住民票など) の添付が必要です。
- 4 事業所への委任払いを希望する場合にご記入ください。被保険者 (申請者) 欄に氏名の記入、押印が必要です。代理人欄は事業所が指定されている、受領責任者の署名、押印が必要です。
- 5 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)
- 6 担当した医師が労務不能と認めた期間の範囲内でご記入ください。
- 7 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。(年金証書の写し、受給開始月、年額が記載されているもの)
- 8 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、別途、提出書類が必要となります。(年金証書の写し、受給開始月、年額が記載されているもの)
- 9 労災保険にかかる休業補償給付の受給状況についてご記入ください。
- 10 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。

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。

記入例 | 傷病手当金 支給申請書 事業主証明欄

セメント商工 健康保険組合 | 業務第二課 03-3409-7918

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 太郎									
	① 労務に服さな った期間	平・令	○年 6月 16日	から	30日間	② 出勤	有給	③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。			
		平・令	○年 7月 15日	まで		0日	3日	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	被保険者の	④ 給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()			⑤ 賃金計算	締日	15日	支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	25日
	⑥ 上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する)場合	基本給	○年 6月 16日 ~ ○年 7月 15日		3日間	45,000円	30,000 ÷ 20日 × 3日 (日額15,000円)				
		通勤手当	○年 4月 1日 ~ ○年 9月 30日		日間	60,000円	6ヶ月分支給 欠勤控除なし				
	住宅手当	○年 6月 16日 ~ ○年 7月 15日		30	20,000円	欠勤控除なし					
上記のとおり相違ないことを証明します。								令和 ○年 8月 1日			
所在地		東京都墨田区△△1-2-3									
事業所名称		○○○○株式会社									
事業主氏名		○○ ○○			電話番号		△△ (□□□□) ××××				

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。

- ① 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。