

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
被保険者（申請者）記入用

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 21	番号 123	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50/2/5
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎		請求にあたり「医療機関への照会の同意について」、健康保険組合が傷病手当金の支給に際し意見書に記載される病院・診療所に照会することに同意します。
	住所	(〒 930 - 0992 ) 富山 富山市新左町字馬場18-8		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 076 (424) 3322			

振込先指定口座	金融機関名称	富山第一	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0123456
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		左づめでご記入ください。
口座名義	ケンポ タロウ		口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係
	(フリガナ)	氏名・印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4  
被保険者（申請者）記入用

申請内容	1) 傷病名	2) 発病または負傷年月日	平成 28 年 12 月 1 日
	2) 傷病名	平成 年 月 日	
	3) 傷病名	平成 年 月 日	
3	該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (発病時の状況) サッカーの練習時に転倒し骨折	
4	療養のため休んだ期間(申請期間)	(平成) 年 月 日 28 / 12 / 01 から 28 / 12 / 31 まで	日数 31 日間
5	あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	整備士	

確認事項	1	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	1-①	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	平成 28 年 12 月 1 日 から 報酬額 100,000 円 平成 28 年 12 月 10 日 まで
	2	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2-①	「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。  「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 年金額 円
	3	(健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老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。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
3-①	「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。  「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 年金額 円	
4	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
4-①	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
5	介護保険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	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>