

傷病手当金支給申請書 記入例

東京都家具健康保険組合 | 業務課 03-5990-9390 対応番号「1」

健康保険 傷病手当金 支給申請書 (回目) (被保険者記入用) ※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報	1 被保険者証 記号 9876 番号 54321	事業所名称 (株)〇〇〇〇
	2 氏名 ケンボ タロウ	生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所 〒10-0000 東京都墨田区〇〇 電話番号 1-2-3 □□マシヨン×××号	電話番号(日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	傷病名 虫垂炎	発病又は負傷年月日 平(令)〇年 4月 15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、通勤途上、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。	
	3 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。
	4 療養のため休んだ期間(申請期間) 令和〇年 4月 15日 から 8 日間 令和〇年 4月 22日 まで	
	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 令和 年 月 日 から 報酬額 円 令和 年 月 日 まで
	5 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 傷病名 年 月 日から 年 月 日まで 年金額 円 障害厚生年金 障害手当金
	6 労災保険から休業補償給付を受けていますか。 ☒ 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
7 <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 年金の名称 年 月 日から 年 月 日まで 年金額 円	
<退職した方> 雇用保険の基本手当を受けていますか。 受けている 延長手続中 ☒ 受けていない		

委任状	8 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。 令和〇年 8月 25日
	氏名 健保 太郎
	事業所所在地 東京都台東区△△ ×-× 代理人(事業主) 事業所名称 (株)〇〇〇〇 事業主氏名 〇〇 〇〇

※事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。 ※代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先	9 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
	口座名義区分 ☐ 被保険者(申請者) ☐ (代理人)		
	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。)		

取得	年	月	日	対	年	月	日	通	年	月	日
喪失	年	月	日	期	年	月	日	支	年	月	日
支給回数	周	給付日額	円	全部	自	年	月	日	日額	計	円
自	年	月	日	円	至	年	月	日	日額	計	円
至	年	月	日	円	自	年	月	日	日額	計	円
自	年	月	日	円	至	年	月	日	日額	計	円
至	年	月	日	円	自	年	月	日	日額	計	円
計			円	至	年	月	日	日額	計	円	

東京都家具健康保険組合

注: この記入申請書は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・住所をご記入ください。なお、相続人の方が申請される場合は、添付していただく書類がありますので、当組合業務課(右上の電話番号)までご連絡ください。
- 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」をいただいでください。(申請書2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、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)にお問い合わせください。
- 労災保険から休業補償給付を受給されている場合、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)にお問い合わせください。
- 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、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)にお問い合わせください。
- 代理人(事業主)へ委任する場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(事業主以外)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。
- 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。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消して正しい内容を記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください

注: この申請書を事業所(事業主)に委任される場合は、事業所経由で提出してください。

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。