

傷病手当金支給申請書 記入例

関東百貨店 健康保険組合 | 業務第二課 03-3833-6141

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 987	番号 654321
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 平・令〇〇年〇月〇日
	住所	〒110-0000 東京 台東区〇〇 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
振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行) 金庫・信組 〇〇〇〇 (郵便) 〇〇〇〇 (協同) 〇〇〇〇 (信用) 〇〇〇〇 (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 〇〇〇〇 (その他)	口座番号 1234567
	口座名義区分	ケンポ タロウ	被保険者(申請者)・代理人
4 委任状	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
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係	
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、必ず健保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 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	「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		
9 労災保険から休業補償給付を受けていますか。	はい	「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。

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名記載欄

受付日付印

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。)
- 押印は不要です。
- 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)が被扶養者でないときは、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

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。