

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

傷

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ) 番号 (左づめ)																生年月日			
	個人番号 (マイナンバー)																	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日			
	氏名 (カタカナ)																				
	氏名																	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)							電話番号 (左づめハイフン除く)													
住所	都 道 府 県																				

振込先指定口座	公金受取口座の 利用について	☐ 1.希望する 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した 金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。																		
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。																				
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協										支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所								
預金種別	1 普通預金										口座番号 (左づめ)										

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	☐ 1.記入有(添付あり) 2.記入有(添付なし) 3.記入無(添付あり)																			
添付書類	職歴	☐ 1.添付 2.不備	年金	☐ 1.添付 2.不備	労災	☐ 1.添付 2.不備														
	戸籍 (法定代理)	☐ 1.添付	口座証明	☐ 1.添付																
6 0 1 1 1 1 0 3		その他	☐ 1.その他	(理由)															枚数	

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
	③ 傷病名	☐ 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
	④ 発病・負傷年月日	☐ 1.平成 年 月 日 ☐ 2.令和 年 月 日
	⑤-1 傷病の原因	☐ 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } ➡ ⑤-2へ
	⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	☐ 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	☐ 1. はい 2. いいえ	

「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

確認事項	①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	☐ 1. はい ➡ ①-2へ 2. いいえ
	①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	☐ 1. はい 2. いいえ ➡ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
	②-1 障害年金、障害手当金について 今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	☐ 1. はい ➡ ②-3へ 2. いいえ
	②-2 老齢年金等について ※退職等による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください 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。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	☐ 1. はい ➡ ②-3へ 2. いいえ
	②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、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 ☐ 1.平成 年 月 日 ☐ 2.令和 年 月 日 年金額 円(右づめ)
	③ 労災補償 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	☐ 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. いいえ

「1. はい」の場合
「2. 請求中」

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」をご確認ください。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。➡➡➡

6 0 1 2 1 1 0 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

患者氏名 (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。																					
労務不能と認めた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和		年		月		日	から													
	令和		年		月		日	まで													
傷病名 (労務不能と認めた傷病をご記入ください)								初診日 (療養の給付の開始年月日)		1. 平成		年		月		日					
2. 令和		年		月		日															
発病または負傷の原因																					
発病または負傷の年月日		1. 平成		年		月		日													
2. 令和		年		月		日															
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。		1. はい																			
2. いいえ																					
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																					
上記のとおり相違ないことを証明します。																					
医療機関の所在地	令和 年 月 日																				
医療機関の名称																					
医師の氏名																					
電話番号																					

6 0 1 4 1 1 0 3

⑤

全国健康保険協会
協会けんぽ

委任状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地	<u>名古屋市昭和区塩付通3丁目1番地の5</u> <u>サンマンション御器所802号</u>
社会保険労務士事務所名称	<u>ごきそ社会保険労務士事務所</u>
社会保険労務士氏名	<u>奈尾 昌幸</u>
電話番号	<u>090-2142-4166 (052-838-6947)</u>

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)
傷病手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

被保険者氏名 _____

委任状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地 _____

社会保険労務士事務所名称 _____
社会保険労務士氏名 _____
電話番号 _____

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)
傷病手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

被保険者氏名 _____