

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

令和 6 年 12 月 1 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	社員番号 〇〇〇〇	所属及び 部署名 人事部	
	個人番号(※) マイナンバー	※記号・番号がわからない場合のみ記入してください				
	被保険者 氏 名 (自署)	フリガナ ケンポ ハナコ 健 保 花 子			住所 電話番号 (日中の連絡先) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木ウエスト〇〇〇号室 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	生年月日	昭和 平成 6 年 12 月 20 日				

申請内容	傷 病 名	1) 左足関節靱帯損傷	発病または 負傷年月日	平成・令和 6 年 11 月 10 日		
		2)		平成・令和 年 月 日		
		3)		平成・令和 年 月 日		
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく	趣味のバスケットボール試合中に転倒			第三者の行為に よるものですか	いいえ・はい
	療養のため 休んだ期間	令和 6 年 11 月 10 日 から 令和 6 年 11 月 30 日 まで 21 日間				
	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）		事務職			

確認事項	上記の療養のため休んだ期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか	現在まで	受けた・受けない	将 来	受けられる・受けられない	
	報酬を受けたまたは受けられるときは、その報酬支払の基礎となった期間とその報酬額	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
		報酬額	円			
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無		有・無・請求中			
	年金等の種別	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金		傷病名		
	年金コード			基礎年金番号		
	支給開始年月日	昭・平・令 年 月 日		年金額	円	
	任意継続被保険者・資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無		有・無・請求中		
		年金コード			基礎年金番号	
		支給開始年月日	昭・平・令 年 月 日		年金額	円
無職無収入の証明		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 無職無収入でありました。				
労災保険が 業務補償給付を受けていますか、または請求中ですか	はい いいえ・請求中					
「はい」と記入した方は支給元（請求先）の労働基準監督署を記入してください	労働基準監督署					

振込先指定口座	金融機関名	三菱UFJ 銀行 信用金庫		渋谷明治通		本店支店	支店番号	4	7	0
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

※任意継続被保険者・資格喪失者の方は必ずご記入下さい。

受付日付印

事業主が証明するところ

事業主の証明欄

「被保険者情報」「申請内容」「確認事項」「振込先指定口座」・「療養担当者が意見を記入するところ」の記入が済んだら、自身が在籍している会社の人事部門へ提出してこの欄を記入してもらいます。

会社が記入後は、会社の人事部門から健康保険組合へ申請されます。

療養担当者が意見を記入するところ

医師の証明欄

※医師の証明は「労務不能であった過去の実事」を証明していただくものです。労務不能と認めた期間は、証明日より前の日付で証明いただってください。

※医師から証明を受けた際には誤記入・記入漏れがないか必ずご自身でもご確認ください。

※誤記入・記入漏れがありますと申請書を受付できませんのでご注意ください。

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師の氏名
電話番号

令和 年 月 日

労務不能と認めた期間より後の日付を
記入してください

(注) 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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。