

# 記入例

同年月日	平成	年	常務理事	事務長	部長	課長
支給額						

**傷病手当金…**  
業務に起因しないケガや病気の療養のために仕事に就けず、療養担当医師が労務不能と認め、給与が受けられないとき、連続して3日以上休んだ場合次の4日目から支給されます。

この部分には記入しないでください。

\*添付書類…  
・申請期間の出勤簿(写)  
・賃金台帳(写) 他  
※内容によっては別途添付書類が必要になる場合があります。

⑫の第三者行為とは…  
誰か他の人の行為によって外傷を負ったかという事です。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する項目に○を付けてください

忘れずに押印ください

## 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

記入に際しては別紙「傷病手当金記入上の注意」をよく読んで読んで誤りなく記入して下さい。  
※支給決定書の欄は記入しないでください。  
添付書類等については別紙に掲載してあります。必ずご確認ください。  
雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

① 被保険者証 記号・番号	② 生 年 月 日	③ 性 別	④ 被保険者 (フリガナ) の氏名と印
1 2 3 - 4 5 6 7 昭和 平成	39年12月1日	男・女	報道 太郎 (報道)
⑤ 被保険者 (申請者) の住所	⑦ 被保険者の標準報酬月額		
(フリガナ) カナガワケン ○○シ ○○マチ 〒△△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町 △-△△-△△	410 千円		
⑥ 事業所の名称	⑧ 被保険者の資格を取得した年月日	⑨ あなたのしていた仕事の内容	⑩ 傷病名
(勤務先の名称) ○○○株式会社	昭・○○年 4月1日	(なるべく詳しく) 例 新聞記者 経理事務 等	1) 左大腿部骨折 2) 右足首捻挫 3)
⑪ 発病の状態または負傷の原因を詳しく	⑫ 第三者行為によるものですか		⑬ 労災に該当しますか
(いつ頃、どんな状態で負傷したかをご記入ください) 例 平成△△年8月30日早朝、自宅階段で転倒し骨折。	<input type="radio"/> はいえ <input type="radio"/> はい		<input type="radio"/> はいえ <input type="radio"/> はい
⑭ 自宅療養のときは生活状況を詳しく	⑮ 療養のため休んだ期間 (申請期間)		
(なるべく詳しくご記入ください) 例 退院後は医師の指示に従い、自宅で安静にして療養している。	平成 △△ 年 9 月 1 日 から 平成 △△ 年 9 月 30 日 まで 30 日間		
⑯ 上記期間に報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬の額及びその期間	⑰ 障害厚生年金又は障害手当金についてご記入ください。		
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか 請求中・はい		
⑱ 上の⑰の欄で「はい」の方は、右欄を記入してください。	年金コード	支給開始年月日	年金額
⑲ 資格喪失者及び、任意継続の被保険者	年金コード	支給開始年月日	年金額
老齢又は退職を事由とする公 しいえ・請求	年金コード	支給開始年月日	年金額
⑳ 介護保険法のサービスを受けたい場合は記入してください。	保険者番号	被保険者番号	保険者名称

⑫⑬⑭は該当する項目に○を付けてください。

第1回目の請求期間の初日が⑧被保険者の資格を取得した年月日より1年未満の申請者はご記入・ご捺印ください。

※第1回目の請求期間の初日が被保険者資格取得より1年未満の場合は下記の内容にご記入・ご捺印ください※

傷病手当金の支給決定に際し、以前加入していた保険者(健康保険組合等)が東京都報道事業健康保険組合に「健康保険の被保険者期間(任意継続を含む)」「傷病手当金受給履歴」についての情報提供をすることに同意いたします。

平成 △△ 年 ○○ 月 △△ 日 被保険者氏名 報道 太郎 (報道)

以前に勤務していた事業所	名称	△△△株式会社	以前に加入していた健康保険	名称	(○○△△)健康保険組合 ・全国健康保険協会( )支部 ・( )共済組合 ・( )市区町村 国民健康保険 ・( )国民健康保険組合
	所在地	〒△△△-△△△△ 東京都中央区△△△-△△-△		記号・番号	△△△△ - ○○○○
	勤務していた期間	○○年○○月○○日～○○年○○月○○日			

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所担当者印	社会保険労務士の提出代行者印	印
---------	----------------	---

(事業主証明欄)

記入例

成 △△ 年 9 月 1 日から 30 日間  
成 △△ 年 9 月 31 日まで

②③ 当月(翌月) 報酬の支払い形態 ア 月給制 イ 日給月給制 ②④ 賞与等  
ウ 日給制 エ 時間給制 年 2 回  
オ その他 ( )

事業主が証明するところ

Table with 4 rows for payment details (②⑤, ⑦, ④, ⑨, ⑩) including amounts and dates. Includes a callout box: 勤務先で証明を受けてください.

現在までもまた将来も支給しない

②⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日  
事業所所在地 東京都千代田区〇〇△-△△-△ 〇〇ビル  
事業所名称 〇〇〇株式会社  
事業主氏名 代表取締役 〇〇〇 〇〇  
電話 △△ ( △△△ ) △△△△ 番

療養担当者が意見を書くところ

患者氏名, 傷病名, 発病または負傷の年月日, ②⑧ 労務不能と認めた期間, ②⑨ ②⑧のうち入院期間, 診療実日数, ③⑩ ②⑧の期間中における「主たる療養機関」, 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき, 上記のとおり相違ありません 医療機関所在地, 平成 年 月 日 医療機関の名称, 医師の氏名, 電話 ( )

医療機関で証明を受けてください。

忘れずに押印ください。

事業主(勤務先)記入・押印欄

委任状

本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 平成 年 月 日

被保険者住所 神奈川県〇〇市〇〇町 △-△△-△△  
(申請者)氏名 報道 太郎  
代理人住所  
(事業主)氏名