

記入例

傷病手当

業務外の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に連続して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。

①マイナンバー②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)のいずれか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

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 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」をよく読んで渡れなく記入して下さい。
※支給決定書等の欄は記入しなくても構いません。
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 被保険者等 記号・番号	② 生 年 月 日	③ 性 別	④ 被 保 険 者 (申請者) の氏名	(フリガナ) ホウドウ タロウ 報道 太郎
1 2 3 - 4 5 6 7 昭 平 令	50 年 12 月 1 日	男・女		
⑤ 被 保 険 者 (申請者) の住 所	(フリガナ) カナガワケン ○○シ ○○マチ 〒△△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町 △-△△・△△ 電話 △△△ (△△△) △△△			
⑥ 事 業 所 名 称	⑦ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額			
(勤務先の名称) ○○○株式会社	410 千円			
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		
昭 平 令 □□年 4 月 1 日	あなたの して いた 仕事 の 内容 (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			
(いつ頃、どんな状態で負傷したかをご記入ください) 例 令和△△年8月30日早朝、自宅階段で転倒し骨折。	0) いいえ・1:はい			
⑬ 自 宅 療 養 の と き は 生 活 状 況 を 詳 しく	(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。			
⑭ 療 養 の た め 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	令和 △△ 年 9 月 1 日 から	令和 △△ 年 9 月 30 日 まで	30 日間	
⑮ 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	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	円 円	
⑯ 労 災 保 険 か ら の 休 業 補 償 給 付 に つ い て ご 記 入 く だ さ い。	「請求中」もしくは「はい」の方は、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。			
いいえ ← 請求中・はい	労働基準監督署			
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。	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名			
いいえ ← 請求中・はい	基礎年金番号			
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	
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1年未満の申請者は、下記の内容にご記入・ご捺印ください!				
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1年未満の申請者は、下記の内容にご記入・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、以前加入していた被保険者(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することに同意いたします。

令和 △△ 年 10 月 20 日 被保険者氏名 **報道 太郎**

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
	所在地	〒△△△-△△△△ 東京都中央区△△ ○-□□-△		名称	・ () 共済組合 ・ () 市区町村 国民健康保険
	勤務していた期間	□□年 4 月 1 日 ~ △△年 3 月 31 日		名称	・ () 国民健康保険組合
記号・番号		△△△ - □□□□			

令和 △△ 年 10 月 22 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名	
----------------	--

(事業主証明欄)

記入例

該当する項目に○を付けてください。

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかった期間	令和 <input checked="" type="radio"/> △△年 9 月 1 日から	30 日間	令和 <input checked="" type="radio"/> △△年 9 月 30 日まで
	② 報酬の締切日支払日	25 日締切	(当月・翌月) 末 日払い	③ 報酬の支払い形態
	④ ⑤ ⑥ ⑦	ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()	④ 賞与等	年 2 回
	⑧ ⑨ ⑩	⑧ 全額支給した、または支給する場合 令和 年 月 日から 金 円 の分として (日 日支払) 日額 金 円	⑨ 一部支給した、または支給する場合 令和 年 月 日から 金 円 の分として (日 日支払) 日額 金 円	⑩ 交通費の支払 有 / <input checked="" type="radio"/> 無 令和 年 月 日から 金 円 の分として (月 日支払) 日額 金 円
	⑪	⑪ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨	現在までもまた将来も支給しない	
⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 10 月 21 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	(1) (2) (3)	⑬ 療養の給付開始年月日(初診日)	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日 発病負傷	発病または負傷の原因	
	⑭ ⑮ ⑯	⑭ 年 月 日から 日間 年 月 日まで	療養費用の別	
	⑰ ⑱	⑰ 年 月 日から 日間 年 月 日まで 入院	健保 自費 公費 () その他 転 帰 治ゆ 繰越 中止 転医	
	診察実日数	診療日を○で囲んでください	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	⑲ ⑳	⑲ ⑳ の期間中における「	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	⑳ 症状経過からみて従			医療機関で証明を受けてください。
	人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類	昭和・平成・令和 年 月 日	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他()
	上記のとおり相違ありません。 医療機関所在地 令和 年 月 日 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()			

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。 令和 △△年 10 月 21 日		
	被保険者(申請者)	住所	神奈川県〇〇市〇〇町 △-△△-△△
		氏名	報道 太郎
	代理人(事業主)	住所	東京都千代田区〇〇△-△△-△ 〇〇ビル
		事業所名	〇〇〇株式会社
	氏名	代表取締役 〇〇〇 〇〇	
			事業主(勤務先) 記入