

健康保険傷病手当金支給申請書（第 1 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号番号		記号	〇〇〇〇				被保険者 資格取得日	平成	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
			番号	〇〇〇〇					令和	2	7	1		0	0	1		
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ	ケンポ タロウ						被保険者 (請求者) 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇								
		健保 太郎						東京都〇〇区〇〇町1-1-1										
	生年月日	昭和・平成 51 年 7 月 31 日												電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
	事業所名 及び部署	株式会社〇〇〇〇																
		(部署名)	〇〇〇部				電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				内線 (〇〇〇)							
	傷 病 名	右足複雑骨折												発病又は 負傷年月日	平成	年	月	日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく	旅行先でトレッキング中に、木の根を足を挟んだ												第三者の行為に よるものですか	いいえ・はい			
	傷病又は 負傷で療養 するため 休んだ期間	令和 4 年 1 月 5 日 から 令和 4 年 1 月 31 日 まで 27 日間																
	うえに書いた期間の部分の報酬（賃金）を 受けましたか、又は受けられますか	現在まで		受けた・ <u>受けない</u>		将 来		受けられる・ <u>受けられない</u>										
	報酬支払を受けたとき（受けられる）ときは、そ の報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（な る）期間	年 月 日から		年 月 日まで		の日分として		円										
	障害厚生年金又は障害手当金受給 の有無	有・ <u>無</u> ・請求中		基礎年金番号		—												
受給病名			障害厚生年金、 手当金の額		円													
業務上または通勤が原因となった 負傷または疾病ですか	<u>いいえ</u> ・はい		はいの 場合		同一の疾病又は負傷による労働者災害補償保険法等 に基づく、休業・傷病・障害補償給付等受給の有無		有・無・請求中											
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		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額													
	有・無・請求中				円													
	無職無収入 の証明		年 月 日から 年 月 日まで		日間 無職無収入でありました。													
支 払 金 融 機 関	〇〇〇〇		<u>銀 行 庫</u>		〇〇〇		<u>本 店 支 店</u>											
	支店番号	〇 〇 〇	<u>普通</u> ・当座	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇													
	口座名義人(フリガナ)		ケンポ タロウ															
	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください																	
備 考	個人番号(マイナンバー) (任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)																	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の 2書類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証又はパスポートの写し																	

令和 4 年 2 月 10 日提出

申請書は月毎に記入してください。
(複数月分をまとめてご記入されますと、給付までに時間を要する場合がございます。)

社会保険労務士記載欄

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日 締 日 払	
	うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	報酬を全額又は一部 支給した（する） 場合	支給期間		支給額	日額 支払日
			年 月 日 から 年 月 日 まで			
		現在まで又は将来も 支給しない場合	年 月 日 まで	将来も支給しません。		
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日						
所在地						
事業主 名 称 氏 名 電 話						

事業主の証明欄

療養を担当した医師が意見をかくところ	患 者 氏 名						
	傷 病 名						
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日					
	療養の給付を開始した年月日	年 月 日					
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	左の期間中の 診療実日数 日間					
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要						
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ 場 合 は そ の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	入 院 の 費用の別	健 保・公 費 自 費・その他		
上記のとおり相違ないことを証明します。年 月 日							
所 在 地							
医 師 医療機関名							
氏 名							
電 話							

医師の証明欄