

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）・受領代理人記入用

（第 回）

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日
	被保険者等（左づめ）	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（ 歳）	
	(フリガナ)		
	氏名		
住所	(〒 -) 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL ()		

委任状	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	受領代理人（口座名義人）	氏名	

下記振込先は、出版健康保険組合の資格を喪失している方、もしくは任意継続被保険者の方のみご記入ください。

振込先	金融機関名称	(フリガナ) 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	(フリガナ) 本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ)	

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者等 記号	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	氏名	<input type="text"/>	
1 傷病名	(1)	2 発病 または 負傷 年月日	平成・令和	年	月	日
	(2)		平成・令和	年	月	日
	(3)		平成・令和	年	月	日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(発病時の状態または負傷の原因を詳しく)				
4 療養のため休んだ期間(申請期間) (※請求期間については給与の締め日毎、 1カ月として申請してください。)	令和 年 月 日 から	日数				
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	<input type="text"/>					

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に 報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ				
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、 その報酬支払の基礎となった(なる) 期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	報酬額	円		
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金			
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名 及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	基礎年金 番号	年金 コード		
	「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金 の金額がわかる写しを添付してください。	支給開始 年月	<input type="checkbox"/> 昭和平 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年金額	円	
3 (健康保険の資格を喪失した方は必ずご記入ください。) 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。 受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	<input type="checkbox"/> 名称				
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金 番号	年金 コード				
「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金 の金額がわかる写しを添付してください。	支給開始 年月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年金額	円		
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている 期間のものですか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	3. 労災請求中 4. 労災請求予定				
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、 請求先の労働基準監督署および担当者氏名を ご記入ください。	労働基準監督署 担当者氏名		様			
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者 番号	被保険者 番号	保険者 名称			

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>