

## - 【記入例】 -

## 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（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左詰め)	記号	番号				
	氏名	(フリガナ) ケンポ イチロウ 健保 一郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	(〒 820 - 0004 ) 福岡 飯塚市新立岩1234-567			60	01	01
	電話番号 (日中の連絡先)	0948 ( 22 ) 0000					

振込先指定口座	※ゆうちょ銀行口座への振込をご希望の方は、他金融機関からの振込を受ける際の支店、口座番号をお申し出ください (通帳表紙の見開きページに、他金融機関からの振込を受ける際の口座情報が記載されていますのでご確認ください)								
	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行	金庫	信組	七〇八	本店	支店	
	預金種別	普通	口座番号 (左詰め)	0	1	2	3	4	5
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケンポ <sup>゜</sup> イチロウ								

受取代理人の欄	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
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 - )	TEL	( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	氏名	(フリガナ)				委任者と 代理人との 関係		

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

1/4

【記入例】

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

申請内容	被保険者名	健保 一郎		2 発病 または 負傷 年月日	令和 7 年 12 月 10 日
	1 傷病名	<input checked="" type="checkbox"/>	療養担当者が記入した(4ページの)傷病による申請の場合は ✓を入れてください。(別傷病の申請には別途証明が必要です)		
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	1	1. 病気 (発病時の状況) 午前中より悪寒があり、昼食後、頭痛吐き気が 強くなり、発熱したため早退し医療機関を受診した。		
			2. ケガ → 負傷原因調査票を併せてご提出ください		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間) ※月ごと(月をまたがず)に申請してください。 記入例) 08年01月01日から08年01月31日まで 31日間	(令和) 年 月 日	0 7 1 2 1 0	から	日数
		0 7 1 2 1 6	まで		日間
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)	経理事務				

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。	2	1. はい 2. いいえ			
	1-① 「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主 証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ正しい証明を受けてください			
	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。	3	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	<input type="checkbox"/>	1. 障害厚生年金 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。  【「請求中」と答えた場合は、 傷病名・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		
		支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年金額 円	
3 【当健保の被保険者資格を喪失した方はご記入ください】 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 2. 請求中 3. いいえ	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。  【「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。】		基礎年金 番号	年金 コード			
		支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	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	3	1. はい 2. 労災請求中	3. いいえ			
4-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。					労働基準監督署	
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。>>>