

# 傷病手当金支給申請書 記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)		確認欄
この申請について、右記入またはBの要件を確認して口に入れているか。		<input checked="" type="checkbox"/> A 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> B 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。
被保険者情報	① 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	② 住所	〒 100 - 0000 東京都渋谷区〇〇 x-x △△マンション××号
	③ 事業所名称	株式会社 〇〇〇〇
	④ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は√) <input checked="" type="checkbox"/> 資格取得年月日 昭(平)令 ××年 ×月 ×日
⑤ 仕事の内容	具体的に 店舗における接客(販売、レジ等)	
振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 銀行・信金・信組 △△△△ 農協・漁協・信連・信漁連
	口座名義(カタカナで記入)	ケンポ タロウ
	⑥ 公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)
委任状	⑦ 被保険者(申請者)	本申請に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所
	代理人(口座名義人)	氏名 被保険者との関係( )
申請内容	傷病名※	1) 虫垂炎 平成(令和) 6年 12月 15日 2) 発病又は負傷年月日 平成 年 月 日 3) 平成 年 月 日
	発病時の状況又はケガの原因(詳しくご記入ください)	自宅で急に腹痛に襲われ、受診。 注: 仕事上、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。
	⑧ 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 6年 12月 15日 から 令和 6年 12月 22日 まで 8 日間 上記期間に報酬を受けましたか。または、今後、受けられますか。 はい ・ いいえ
	⑨ 申請期間の病状を詳しく	入院し、点滴治療を行った。
	⑩ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	はい 請求中 いいえ
	⑪ 「退職した方」老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい 請求中 いいえ
	⑫ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ
	年金の種類	年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
	基礎年金番号	基礎年金番号 年金額 円
	年金の名称	年金の名称 年金額 円
	基礎年金番号	基礎年金番号 年金額 円
	労働基準監督署	労働基準監督署

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。  
 この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

⑬  マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

東京都農林漁業団体 健康保険組合 (R6.12)

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 被保険者が亡くなった場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 退職後の申請の場合は、在籍していた事業所名称をご記入ください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に√を付けてください。
- 療養前の業務について、具体的に記入ください。(事務員などではなく、経理事務、プログラマー店舗接客、商品品出しなど)退職後の申請の場合は、在職中のお仕事の内容をご記入ください。
- 注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本等)の提出が必要となる場合があります。
- ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師等の意見」をいただいでください。(申請書2枚目)
- 申請期間中の病状、どのように過ごしていたかなど詳しくご記入ください。未記入のものは受付することが出来ません。
- 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 労災保険から休業補償給付を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- ①の被保険者証等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。

## 添付書類

- 第1回目の請求の場合は、「給付に関する同意書」を添付してください。
- 当組合に加入していない期間の請求の場合は、請求期間中に加入している保険者の被保険者証コピーをその都度、添付してください。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。