

# 傷病手当金支給申請書記入例 1枚目

◎この申請書は2枚一組です。次ページに事業主証明欄、療養担当医師証明欄があります。

1枚目

## 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「記入上のご注意」を確認してください。

① 被保険者 記号と番号 記号 ○○○○ 番号 ○○○○	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日 <b>健保 太郎</b> 昭和・平成 ○年 1月 1日
④ 被保険者 (申請者)の 住所 (〒 169 - 8516 ) 東京都新宿区区八町○-○○○	TEL 090 (○○○○)○○○ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
⑤ 事業所の 名称 株式会社○○○○	⑥ あなたの仕事の 内容(具体的に) システムエンジニア
⑦ 傷病名 急性虫垂炎	⑧ 発病または 負傷年月日 平成 ○年 4月 6日頃
⑨ 療養の為休 傷病の状態 症状: 4/6朝、激しい腹痛・吐き気があり受診したところ急性虫垂炎の診断となりそのまま入院。 医師からの 指示等: 退院後は激しい運動等は避け、自宅にて安静にするよう指示を受けた。	
⑩ 疾病または負傷の療養を するため休業 (申請期間) 令和 ○年 4月 6日 から 2 5 日間 令和 ○年 4月 30日 まで	
⑪ 傷病の原因について <input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 *労災に該当する場合は申請できません。 *交通事故、第三者行為による傷病については申請前に求償課にご連絡ください。	
⑫ 「障害厚生年 金」または「障害手 当金」について <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 (年 月 頃申請) <input checked="" type="checkbox"/> 未請求 *「障害厚生年金」「障害手当金」を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象となります。	
⑬ 上記⑩で「受給中」「請求中」とされた 場合の受給の要因となった傷病名及び 基礎年金番号・年金額について 傷病名 基礎年金番号 年金額(年額) 円	
⑭ 上記⑩の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。(資格喪失者のみ) <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑮ 「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 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 【報酬額】 円
⑯ 老 年 金 に ついて (資格 喪失者のみ) <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 未請求	⑰ 左記⑩で「受給中」「請求 中」とされた場合の基礎年金 番号・年金額について 基礎年金番号 年金額(年額) 円
⑱ 振込希望口座 銀行・信組 金庫・農協 出張所 (金融機関コード 0123) (店番号 001)	令和 年 月 日 提出 受付日付印 (健康保険組合使用欄)
⑲ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、 下記の委任状へ記入してください。	
私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※□にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑳の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受領代理人	
被保険者 (申請者) 住所 氏名	
受取代理人 住所 フリガナ TEL ( ) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
代理人 氏名	
社会保険労務士の 提出代行者の印	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、 備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人 番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。)

**A** 記号番号は保険証に記載されています。資格喪失後の申請であっても記号番号はITS在籍時のものを記入してください。(任意継続でご加入の方は在職時のものを記入してください。)

**B** ⑩欄における期間について「どのような症状が出たか」「医師からどのような指示が出たか」を申請の都度、具体的に記入してください。

**C** 初回の申請時には、申請期間に待期間も含めて記入してください。

**D** ⑪・⑫欄は申請の都度該当項目にチェックが必要です。漏れのないようご注意ください。

障害厚生年金を請求中の方は申請時期をかつこ内に記入してください。年金が遡って支給された場合、傷病手当金との調整対象となるため重複していた期間について傷病手当金をご返納いただく可能性があります。

※資格取得から1年未満の方は、初回の申請時に「取得接近調査書」「傷病手当金同意書」の添付が必要です。(当組合ホームページよりダウンロードが可能です)

**E** 訂正箇所については、二重線で抹消し正しく記入のうえ、訂正部分には被保険者本人がサインをしてください。 関東ITソフトウェア健康保険組合 (令和3年6月改)

【被保険者への振込を希望】  
⑱欄に必要事項を記入してください。⑲欄は空欄のままにしてください。

【事業主の選定した保険給付金受領代理人(事業所の登録口座)への振込を希望】  
⑲欄「事業主の選定した保険給付金受領代理人」にチェックをつけ、住所、氏名を記入してください。その際⑱欄の口座情報、受取代理人情報欄は省略できます。

【その他の受領代理人(事業所の別口座やご家族の口座)への振込を希望】  
⑱欄に該当口座を記入してください。⑲欄「その他の受領代理人」にチェックをつけ、住所、氏名を記入し受取代理人情報欄にも必要事項を記入してください。

# 傷病手当金支給申請書記入例 2枚目

## 傷病手当金支給申請書

(2枚一組での申請になります。)

○第1回目の申請については、その期間にかかる出勤簿(写)及び賃金台帳(写)を添付してください。[2回目以降であっても、一部でも報酬の支払があるとき、また申請期間が継続していない場合は添付してください。]

2枚目

事業主が証明するところ	⑳ 労務にかかった期間	令和 ○ 年 4 月 6 日から 令和 ○ 年 4 月 30 日まで	25 日間	●給与締日と支払日を記入してください 締日 未 日 支払日 (当月・翌月) 25 日
	㉑ 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい → (※下記に内訳を記入してください。) <input type="checkbox"/> いいえ		
	報酬の名称	支給対象期間	支給額	●復職状況: (未復職) / 復職 ( 月 日 ) ●社会保険料: (被保険者より徴収) / 事業主が負担 ●通勤手当: 1か月/3か月 (6か月) 実費 / なし ( 68,920 円 ) ※通勤手当を精算されている場合は、その算出式を添付する賃金台帳(写)に記入してください。
	家族手当	4 月 1 日 ~ 4 月 30 日	15,000 円	
	通勤手当	1 月 1 日 ~ 6 月 30 日	68,920 円	
	有休休暇	4 月 6 日 ~ 4 月 9 日	円	
		月 日 ~ 月 日	円	
	支給・控除額の	(基本給 + 職能手当) ÷ 21 × 14日 (欠勤日数)		●H
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。	証明日 令和 ○ 年 5 月 25 日			
所在地	東京都新宿区西新宿○-○-○			
名称	株式会社○○○○			担当者氏名
事業主氏名	○○ ○○			TEL 03 (○○○○) ○○○○

F

㉒欄は㉑欄と同じ期間を記入してください。

出勤している日がある場合は、証明期間から出勤日を除いた日数を「〇日間」と記入したうえで、余白に具体的な出勤日を記入してください。  
(例: 左記の期間で3日間出勤があった場合「4月6日から4月30日までの22日間、4月14、15、21日出勤」となります。)

療養を担当した医師が意見を記入するところ	㉓ 患者氏名	健保 太郎		㉔ 発病または負傷の年月日	平成(令和) ○ 年 4 月 6 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
	㉕ 傷病名	(1) 急性虫垂炎		㉖ 療養の給付開始年月日(貴院での初診日)	(1) 平成(令和) ○ 年 4 月 6 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日
	㉗ 労務不能と認めた期間	令和 ○ 年 4 月 6 日から 令和 ○ 年 4 月 30 日まで	25 日間	㉘ 発病または負傷の原因	
	㉙ ㉚の期間中の入院期間	令和 ○ 年 4 月 6 日から 令和 ○ 年 4 月 11 日まで	6 日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 帰国 <input type="checkbox"/> 転居
㉛ 診療実日数(入院と通院の合計)	7 日	診療日を○で囲んで下さい	4 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		
㉜ ①・②の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	令和○年4月6日腹痛を主訴に当院初診。諸検査施行し急性虫垂炎を認め同日入院。  ・症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見  同4月6日腹腔鏡下虫垂切除術施行、術後経過良好のため4月11日退院となった。退院後も2週間程度の自宅安静を要したため労務は不能であった。			手術年月日	令和 ○ 年 4 月 6 日
				退院年月日	令和 ○ 年 4 月 11 日
㉝ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
㉞ 上記のとおり相違ありません。	証明日 令和 ○ 年 5 月 21 日 *㉚の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。				
医療機関の所在地	東京都新宿区新宿○-○-○				
医療機関の名称	○○○病院				
医師の氏名	○○ ○○			TEL 03 (○○○○) ○○○○	

G

申請期間の報酬に対し欠勤控除・日割支給が行われている場合はその金額を算出する式を記入してください。  
通勤手当の精算が行われている場合にも精算金額の算出式が必要になります。この欄に入りきらない場合は賃金台帳余白や別紙に記入してください。

H

復職状況/社会保険料/通勤手当は2回目以降の申請の際も毎回該当するものを○で囲んでください。

時給者の場合は時給単価を備考へ記入してください。(賃金台帳に記載がある場合は不要です。)

新卒者である場合もこちらへ「新卒者」と記入してください。新卒者の場合は取得接近調査書・傷病手当金同意書の添付が省略できます。

### \*療養を担当した医師の方へのお願い

- ・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、正しい内容と医師の氏名(サイン)をご記入ください。
- ・㉚は詳しく記入してください。
- ・㉛医療機関の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただいております。

関東ITソフトウェア健康保険組合 (令和3年6月改)

◇問い合わせ先◇

関東ITソフトウェア健康保険組合 給付課 03-5925-5303