

傷病手当金支給申請書記入例 1枚目

注) 支給の可否については提出された書類の内容を確認の上決定します。

◎ 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 1 回目)

① 記号・番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○○	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	健保 太郎 昭和 平成 ○年 1月 1日		
④ 被保険者 (申請者) の住所	(〒169-8516) 東京都新宿区百人町○-○-○	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 療養の為に休んだ 傷病の状態を詳しく 説明してください。	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 をするため休んだ (申請期間)	令和 ○年 4月 6日 から	申請から除く日があればその日付をご記入ください。待期間間は除かれないでください。			
⑪ 発病または 負傷の原因について	<input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 *第三者行為、交通事故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。 <input type="checkbox"/> 労災 ⇒ 労災を受給中または請求中の場合には、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。				
⑫ 厚生年金保険法による「障害厚生年金」 または「障害手当金」について ※未請求の場合は回不要です。	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 (年 月頃申請)		*「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。関連の疾病で支給されている場合、傷病手当金の調整対象になります。		
⑬ 上記⑫で「受給中」「請求中」とされた 場合の支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⑫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 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	円
⑯ 老齢年金について(資格喪失者のみ) ※未請求の場合は回不要です。	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中	⑰ 左記⑯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 振込指定口座	<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。(利用する場合は回 利用しない場合は下記の欄を記入してください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注) 公金利用に回があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。				
	銀行・信組	支店	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナで記入してください)
	金庫・農協	出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	[金融機関コード]	[店番号]			※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。
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。					
委任状	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 (認および右欄の受取代理人情報の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人 被保険者(申請者) 住所 代理人住所 (〒 -) TEL () 氏名 氏名				

A 記号番号は、資格確認書又は資格情報のお知らせ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ていたか」「医師からどのような指示が出ていたか」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)

◎訂正箇所については、二重線で抹消し直しご記入のうえ、訂正部分には被保険者本人がサインしてください。

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

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

【備考】
記号・番号に代えてマイナンバーに申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載の場合は、個人番号確認、本人確認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

関東ITソフトウェア健康保険組合

- E**
- 【被保険者への振込を希望】
 <公金口座を利用する場合>
 ⑩欄の「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」にチェックをつけてください。口座情報の記入は不要です。
 ⑪欄は空欄のままにしてください。
 - <公金口座を利用しない場合>
 ⑩欄に口座情報を記入してください。⑪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】
 ⑪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⑩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】
 ⑩欄に該当口座を記入してください。⑪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、⑩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。]給与締日前の提出はできません。

2枚目

事業主が証明するところ	④ 労務にかかった期間	令和〇年4月6日から令和〇年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 25 日 (当月 25日)
	⑤ ④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	●復職状況: 未復職 / 復職 (月 日)
	⑥ ④の期間の通勤手当について	1か月/3か月/6か月/実費/なし 【精算済の場合: 月 日以降精算】	●社会保険料: 本人より徴収 / 事業主が負担 (本人負担分)
	⑦ 報酬の名称	支給対象期間 (有給休暇の場合はその日付)	支給額
	有給休暇	4月6日~4月9日	単価@7,000円/日
	通勤手当	1月1日~6月30日	68,920円
	家族手当	4月1日~4月30日	15,000円
	※支給・控除額の算出式 (基本給+職能手当) ÷ 21 × 14日 (欠勤日数)		
	⑧ 上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和〇年5月25日		
	所在地	東京都新宿区西新宿〇-〇-〇	担当者氏名
	名称	株式会社〇〇〇〇	連絡先TEL ()
	事業主氏名	〇〇〇〇	
	TEL	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

F ⑩欄は⑩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	⑨ 患者氏名	健保 太郎	⑪ 発病または負傷の年月日	平成 令和 〇年 4月 6日
	⑫ 傷病名	(1) 急性虫垂炎	⑬ 療養の給付開始年月日 (貴院での初診日)	(1) 令和〇年4月6日
	⑭ (1)から労務不能と認められた主な病名を記入してください。	(2)	(2)	(2)
	(3)	(3)	(3)	(3)
	⑯ 労務不能と認められた期間	令和〇年4月6日から 令和〇年4月30日まで	⑰ 発病または負傷の原因	
	⑱ ④の期間中の入院期間	令和〇年4月6日から 令和〇年4月11日まで	手術年月日	令和 年 月 日
	⑲ 診察実日数 (入院と通院の合計)	7 日	退院年月日	令和 年 月 日
	⑲ 診察実日数 (入院と通院の合計)	7 日	退院年月日	令和 年 月 日
	⑳ ④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)			
	令和〇年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な所見 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。			
	㉑ 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	㉒ 昭 平 令 和 年 月 日	人工臓器等の種類
	㉓ 上記のとおり相違ありません。		証明日 令和〇年5月21日 * ⑯の労務不能と認められた期間以降に証明してください。	
	医療機関の所在地	東京都新宿区新宿〇-〇-〇		
	医療機関の名称	〇〇〇病院		
	医師の氏名	〇〇〇	TEL	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇
	※医療機関の名称・所在地はゴム印 (スタンプ等) を使用してください。			

⑳を被保険者又は第三者が偽造又は改ざんした場合は刑法第百五十九条の私文書偽造等に該当します。

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/は2回目以降の申請の際も毎回該当するものを〇で囲んでください。
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。

◇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