

# 記入例 健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	記号 X	番号 XXXXXX	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ) サノウ ハナコ 三陽 花子		生年月日	昭和 平成 XX年 XX月 XX日 令和	
	住所	(〒 XXX - XXXX ) 〇〇県〇〇市〇〇XX-XX		電話番号 (日中の連絡先)	XXX( XXXX ) XXXX	
	同意欄	※この申請に関し不明な点がある場合、健保組合から関係諸機関に照会することがあります。 本件について、貴組合に対して一切の異議申し立てをしないことに同意したうえで提出します。 令和 XX年 XX月 XX日 (署名) 三陽 花子				

申請内容	1 傷病名	左上腕骨骨折	2 発病または負傷年月日	令和 XX年 3月 1日	
	3 第1回目の方は発病の状況または負傷の原因を詳しく。 第2回目以降の方は傷病の状態をご記入ください。	犬の散歩をしていたところ、急に引っぱられバランスを崩し 転倒した際に骨折した			
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 XX年 3月 2日 から 令和 XX年 3月 31日 まで 30 日間			
	5 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をご記入ください。	販売職			

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。	はい いいえ	1 - ①「はい」の場合、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。	はい 請求中 いいえ	2 - ①「はい」または「請求中」の場合、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	年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	
	3 (健康保険の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。	はい 請求中 いいえ	3 - ①「はい」または「請求中」の場合、その名称や基礎年金番号等をご記入ください。	名称	基礎年金番号	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	はい 労災請求中 いいえ	4 - ①「はい」または「労災請求中」の場合、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		

振込先指定口座	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
	金融機関名称	銀行 本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座・その他
	口座番号	口座名義(カタカナ)		

✓の場合は振込口座記入不要  
口座の記入がある場合は、  
記入された口座に振込します

「事業主・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>