

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

※ 次ページに証明を添付、2枚一緒に提出してください。

被保険者	被保険者証	記号	1500	番号	999999	申請日	令和3年4月15日
氏名		横浜 康夫					

下記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。

申請内容	傷病名	右脛骨骨折	発病 または 負傷年月日	令和3年3月5日
	該当の傷病が、ケガ(負傷)の場合 ※別途「負傷原因届」も提出してください	(受傷時の状況) 自宅周辺をランニング中に躓いて転倒し骨折		
	療養のため休んだ期間(申請期間)	令和3年3月6日～令和3年3月31日まで 26日間		
	あなたの仕事の内容(具体的) (退職後の申請は在職中の内容)	タイヤ製造		

確認事項	療養のため休んだ期間に受けた報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 全て支給を受けていない <input type="checkbox"/> 一部・全部の支給を受けている	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	円
	①障害厚生年金または障害手当金 ②老齢・退職を事由とする公的年金	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている または請求中	年金の種類	支給開始年月日	令和 年 月 日 年金額 円
	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	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 労災請求中	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	
	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	

該当に  を入れて必要事項を記入してください。

※ 障害年金、老齢退職年金等の給付がある場合には、支給開始年月および金額を証明する書類(年金額振込通知)等を添付してください。  
※ 初回請求 及び 退職後請求の場合は、「状況報告書」(初回請求で傷病名がけがの場合は「負傷原因届」も含む)を添付してください。

※ 保険証の記号が上記以外の方は

保険証の記号が「1300」の方と、請求時に退職されている方は①に被保険者名義の振込口座を記入してください。

①振込先口座	金融機関	口座番号	口座名義	1.申請者 2.代理人
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。				

②委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	令和3年4月5日
	被保険者(申請者) 住所	東京都港区**町1-2-3 YRCマンション102号室
	氏名	横浜 康夫

保険証の記号が「1300」以外で在職中の方は、②の委任状欄に住所・氏名を記入してください。

健保受付印

【被保険者のマイナンバーで申請の場合】1. 本人確認のため、番号通知下の写し等も添付してください  
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

※ 労務に服することができなかった期間を含む貸金台帳または給与明細書と勤務表を添付してください。

事業主が証明するところ	
被保険者氏名	療養のため休業した 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 休業中の賃金 <input type="checkbox"/> 支給無し <input type="checkbox"/> 一部・全部を支給
定期代: <input type="checkbox"/> 通勤手当 支給月: 支給額: 休業中の精算	左記の傷病により、労務不能となって「休業した期間」およびその間に支払われた「給与・通勤手当」等について事業主から証明を受けてください。
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 担当者氏名	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )	

療養を担当した医師が意見を記入するところ	
患者氏名	労務不能と認められた主傷病名
発病・負傷の原因	治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 経過 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/>
発病・負傷の年月日	月 日
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院の期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容」、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」等(詳しく)	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 担当した医師の氏名 電話 ( )	

※ 以下健保使用欄

資格取得日	平成 令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	支給開始日	令和 年 月 日
A. 平均標準報酬月額	円	B. Aから算出した日額	円	C. Bの日額の2/3	円
障害年金・手当金	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 年額: 円/日額: 円	老齢(退職)年金	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 年額: 円/日額: 円	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
算出内訳	支給額				