

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

提出先：総務課  
退職後は健保組合

初めての申請は「1」  
第 ( 1 ) 回

申請回数

記入見本

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1 2 3 4	部署 リハ3東	職種 看護師	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 1 0 2 0 3
	氏名 (フリガナ)	チカモリ シロウ 近森 次郎				
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 780 - 0056 ) 高知 都道府県 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション101号 TEL 090 ( 1234 ) 5678				

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 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。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。

振込先指定口座	金融機関 名称	四国	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) チカモリ シロウ		口座名義 の区分 1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ずご記入ください。

本人名義ではない口座を  
指定の場合のみ

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(〒 - ) TEL ( )	委任者と 代理人との 関係

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.11 改定)

受付日付印

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

申請内容	1) うつ病	2 発病 または 負傷 年月日	令和 2 年 5 月 17 日
	2)	令和 年 月 日	
	3)	令和 年 月 日	
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		1. 病気	(発病時の状況) <b>気分の落ち込み、不眠</b>
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください	
		令和) 年 月 日	から 日数 15 日間
		0 2 0 5 1 7	から
		0 2 0 5 3 1	まで

ケガの場合は「負傷原因届」を添付

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。	2	1. はい 2. いいえ	
	1 - ① 「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)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 円 令和 年 月 日 まで		
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	3	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、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		
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	年金額 円	
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。受給している場合、その名称ご記入ください。	3	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	名称	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード		
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	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	3	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ		
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、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	

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

## 同意書

- ・傷病手当金支給決定のために、近森会健康保険組合が、療養を担当した医療機関の医師に対して症状の経過や所見などの治療内容について照会することに同意します。
- ・各種年金や休業補償給付、その他の収入について、近森会健康保険組合がマイナンバーを用いて関係機関に必要な事項を照会することに同意します。
- ・振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合が事業主に照会を行い、給与口座に振り込むことに同意します。

令和 2 年 〇 月 〇 日

住所 ( 〒780 - 0056 )

高知市北本町1丁目1-28

氏名 近森 次郎

近森会健康保険組合 理事長 殿

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		
	勤務		有給
	令和		日
	令和		日
	令和		日
	上記賃金		日
			日
	上記		
	支給した(する)賃金内訳		(法等)
	上記		
事業所名称			
事業主氏名		電話 ( )	

記入不要

