

傷病手当金支給申請書 記入例

パッケージ工業 健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

【1ヶ月毎に申請してください】

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回目)		(被保険者記入用)	
被保険者情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 6543 ② マイナンバー (記号番号が分らない場合は記入)	
	③ 氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 〇 年 〇 月 〇 日
	住 所	〒 110-0000 東京 〇 区 〇 〇 〇 〇 X-X 〇〇マシヨンX X X 号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
	事業所名称	(株)〇〇〇〇	提出委任 ☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行・金庫・信組 農協・その他)	預金種別 普通 当座・その他 ()
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△△ (支店・本店・出張所 その他)	口座番号 1234567 口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人
委任状	④ 口座名義が代理 人の場合に記入 してください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏 名
		代理人 (口座名義人)	住所 氏 名 被保険者との関係 ()
申請内容	傷 病 名	1) 虫垂炎 2) 3)	発病又は 負傷年月日 平・令 〇 年 4 月 15 日 平・令 年 月 日 平・令 年 月 日
	発病時の状況 (詳しくご記入ください) 注: 外傷性のけがの場合は「負傷原因 図表」の添付が必要となります。	自宅で急にお腹が痛くなった 注: 仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。	
	⑤ 仕事の内容(具体的に)	店舗における接客(販売、レジ等)	
	⑥ 療養のため休んだ期間 (申請期間)	平・令 〇 年 4 月 16 日 から 8 日間 平・令 〇 年 4 月 23 日 まで	
	上記期間に報酬を受け ましたか。または、 今後受けられますか。	はい いいえ	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額 平・令 年 月 日 から 報酬額 平・令 年 月 日 まで 円
	⑦ 障害厚生年金又は障害 手当金を受給してい ますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等 平・令 年 月 日 から 報酬額 平・令 年 月 日 まで 円
	⑧ <退職した方> 老齢又は退職を事由と する公的年金を受給し ていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 年金の名称や基礎年金番 号等 年金の名称 年金の種類 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円
	⑨ 労災保険から休業補償 給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 請求先の労働基準監督署 年金の名称 年金の種類 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円
			労働基準監督署

*ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。
「被保険者記入欄」、「事業主が証明するところ」、「医師等が意見を記入するところ」に
記入漏れ等があった場合は返戻させていただきます。
必ず記入漏れがないことを確認のうえご申請ください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

パッケージ工業 健康保険組合

(令6.12)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- ① 被保険者等記号・番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル(資格情報画面)」にてご確認ください。
- ② ①の被保険者等記号・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。
- ③ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- ④ 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- ⑤ 療養前の業務について、具体的にご記入ください。
(事務員などではなく、経理事務、プログラマー、店舗接客、商品品出し など)
退職後の申請の場合は、在職中のお仕事の内容をご記入ください。
- ⑥ ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師等の意見」をいただいでください。(申請書2枚目)
- ⑦ 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- ⑧ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- ⑨ 労災保険から休業補償給付を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。

記入例 | 傷病手当金 支給申請書 事業主証明欄

パッケージ工業 健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

事業主が証明するところ	被保険者氏名 健保 太郎								
	① 被保険者が傷病のため休んだ期間		② 出勤		③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。				
	平(令) 〇 年 4 月 16 日 から		有給		この期間に対し賃金を支給しました(します)か。				
	平(令) 〇 年 4 月 23 日 まで 8 日間		0 日		3 日				
					☒ はい ☐ いいえ				
④ 被保険者の		⑤ 給与の種類		賃金計算		締日 15 日		支払日 ☒ 当月 25 日	
⑥ 上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する) 場合		☒ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()							
基本給		〇 年 4 月 16 日 ~ 〇 年 4 月 18 日		3 日間		45,000 円		300,000 ÷ 20 日 × 3 日 (日額15,000円)	
通勤手当		〇 年 4 月 16 日 ~ 〇 年 10 月 15 日		日間		60,000 円		6か月分支給 欠勤控除なし	
住宅手当		〇 年 4 月 16 日 ~ 〇 年 5 月 15 日		30日間		20,000円		欠勤控除なし	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 6 月 1 日									
所在地 東京都墨田区△△ 1-2-3									
事業所名称 〇〇〇〇 株式会社									
事業主氏名 〇〇 〇〇 電話番号 △△(□□□□) × × × ×									

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
 なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。

- ① 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
 また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。

* 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、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。