

【記入例】 傷病手当金支給申請書 被保険者記入欄

1 令和 4年 7月 16日提出 (第 1回)

2 ※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

被保険者の記号・番号		被保険者(請求者)の氏名	フリガナ ケンボ タロウ
記号	0	番号	1111
被保険者(請求者)の現住所		〒 000-0000 000000001-1-1	電話 000-0000-0000
事業所の名称		0000株式会社	業務の種類 00の製造
傷病名		右大腿骨骨折	発病又は負傷年月日(療養開始年月日) 令 0年 0月 0日 令 0年 0月 0日
発病の状態又は負傷の原因(詳しく記入)		場所(どこで) 自宅 状態(原因) 休日、階段で転倒し負傷	第三者行為によるものですか はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
保険者が記入	傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間(支給期間)	令 4年 6月 5日から 令 4年 6月 30日から	25日間
	上記期間中に報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/>	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額 令 4年 6月 5日から 令 4年 6月 20日まで 報酬額 10,000円
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい	「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 傷病名 基礎年金番号
6	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	いいえ・請求中・はい	「はい」「請求中」の場合、基礎年金番号等と年金額 年金コード又は記号番号もしくは番号 年金額 円
	任意継続被保険者、資格喪失者(退職者)は必ず記入(年金受給者は◎添付書類も必要) ※欄外参照		
7 給付に関する同意書		私は、健保組合が給付決定に必要と認めた場合は※関係機関に保険給付に関する情報の照会を行い、関係機関が回答をすることに同意します(自署が難しい場合、代筆者の氏名をご記入ください) 氏名 健保 太郎 (代筆者 本人との関係()) ※関係機関とは、医療機関・日本年金機構・労働基準監督署・前加入健保組合等	

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

委任状	8 本人 氏名 健保 太郎
	事業所住所 000002-2-2
	代理人 会社 事業所名称 00000株式会社
	氏名 〇〇 〇〇

受付日付印

※ 退職者は、支払い口座を記入してください。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

9	銀行 信用金庫	支店 出張所	普通 口座番号 _____
		当座	口座名義(加付)

- 1 必ず日付を記入してください。
- 2 必ず、訂正した場合は、訂正印を押印してください。
- 3 特に負傷の場合は「場所」「原因」を詳しく記入してください。(工作中、通勤途上、交通事故の場合は、必ず勤務先にご連絡ください)
- 4 第三者行為による場合は「第三者行為による傷病届」等が必要です。
- 5 年金を受給している場合は「直近の年金支払い通知書等のコピー」と「傷病名の分かる書類」を添付してください。
- 6 年金を受給している場合は「直近の年金支払い通知書等のコピー」を添付してください。
- 7 必ず被保険者(請求者)本人が記入してください。自署が難しい場合は、代筆者の氏名と本人との関係性を記入してください。
- 8 在籍者は、本人欄に記入してください。
- 9 退職者は、支払い口座を記入してください。被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は、別紙委任状が必要です。