傷病手当金支給申請書 記入例

東京港 健康保険組合｜給付第一係 03-5439-6453

健康保険 傷病手当金 支給申請書 （初回・継続） （被保険者記入用） 1/3

※【ご注意ください】在職中の方は、お勤めの会社経由で申請してください。

被保険者情報

❶ 被保険者等	記号 987 番号 1234		
❷ 氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 月 日
住所	〒 ○○○ － ○○○○ 東京 都・道・府・県 ○○区○○○ △－△－△	電話番号（日中の連絡先）	080 （○○○○） ○○○○
事業所名称	株式会社○○○○	所在地	東京都○○区○○○ △－△－△

振込先

金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ） 支店・本店・出張所 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）		口座番号	
		口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

❸ 委任状

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 健保 太郎		
代理人	住所（会社所在地） 〒 ○○○－○○○○ 東京都○○区○○○ △－△－△ 氏名 芝浦 涼介	被保険者との関係	☑ 会社関係 ☐ その他（ ）

申請内容

傷病名	虫垂炎	発病又は負傷年月日	平・令 ○ 年 4 月 12 日
発病時の状況又はケガの原因（詳しくご記入ください）	自宅で急にお腹が痛くなった 注1：発病の状態又は負傷の原因を詳しく、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていて等〔1H5W〕、具体的に記入してください。 注2：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。		
❹ 仕事の内容（具体的に）	営業	退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。	
❺ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 ○ 年 4 月 12 日 から 令和 ○ 年 4 月 28 日 まで	17 日間	
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	令和 ○ 年 4 月 12 日 から 報酬額 令和 ○ 年 4 月 28 日 まで 41,824 円
❻ 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	傷病名 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
❼ ≪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 基礎年金番号 年金額 円
❽ 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	労働基準監督署

❾ 同意書

私は、この傷病手当金の請求に関し、東京港健康保険組合が必要とする事項（個人情報を含む）について、関係機関に対して、同健康保険組合が照会ならびに必要な範囲内で照会に関する説明を行い、回答・提供を受け、また、関係機関が情報提供することについて同意します。（自署の場合は、押印省略可）

記入日 令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日 被保険者氏名 健保 太郎 ㊞

受付日付印

添付書類

1. 傷病の原因が外傷性のケガの場合は「負傷の原因について」、第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
2. 障害厚生年金・障害手当金を受給している場合、また退職後に老齢年金を受給している場合は、傷病手当金と調整になるため、年金証書、これに準ずる書類の写し、年金額改定通知書等を添付してください。
3. 労務不能期間中の診療実日数が0日間だった場合は、別紙「日常生活状況申立書」の提出が必要です。

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

（令6.12） 東京港 健康保険組合

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

❷ 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、被保険者氏名と申請される方の氏名の両方をご記入ください。
（住所、振込先口座は相続人の方のものをご記入ください。）

❸ 会社在籍中の方が申請する場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、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、権利継承届と続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❹ 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。

❺ 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」をいただいてください。（申請書２枚目、３枚目）

❻ 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）にお問合せください。

❼ 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）にお問合せください。

❽ 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）にお問合せください。

❾ 医療機関等に照会が必要で同意書に同意がない場合、別途同意文書が必要となります。

＊ 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、正しい内容をご記入ください。

この申請書は ３枚１セット です。

２枚目「事業主記入用」３枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

傷病手当金支給申請書 記入例

東京港 健康保険組合｜給付第一係 03-5439-6453

健康保険 傷病手当金 支給申請書 （事業主記入用） 2/3

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およ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

被保険者等	記号 987	番号 1234	被保険者氏名	健保 太郎

勤務状況 出勤は〇印で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤	有給
令和 〇 年 3 月	〇	〇	〇	公	公	公	〇	〇	〇	〇	公	公	〇	〇	〇	〇																計 11 日	0 日
令和 〇 年 4 月	〇	公	公	〇	〇	〇	〇	〇	公	公	〇	△	△	△	△	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	公	公	31	計 7 日	4 日
令和 〇 年 5 月	公	〇	公	公	公	〇	公	公	〇	〇	〇	〇	〇	公	公	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計 7 日	0 日

❶ 労務に服さなかった期間：令和 〇 年 4 月 12 日 から 令和 〇 年 4 月 28 日 まで 17 日間

❹ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 ☐ いいえ ☑ はい

❺ 給与の種類：☑ 月給 ☐ 日給 ☐ 日給月給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他

❻ 賃金計算 締日 15 日 支払日 ☑ 当月 ☐ 翌月 25 日

❼ 支給した（する）賃金内訳

区分 ＼ 期間	単価	3 月 16 日から 4 月 15 日分 支給額	4 月 16 日から 5 月 15 日分 支給額	4 月 1 日から 9 月 30 日分 支給額
基本給		200,000	120,006	
通勤手当				60,000
住宅 手当		20,000	20,000	
手当				
手当				
手当				
計		220,000	140,006	60,000

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

基本給 200,000÷30日×18日＝120,006円（日額 6,667円）

通勤手当、住宅手当欠勤控除なし

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 東京都〇〇区〇〇〇 △ー△ー△

事業所名称 株式会社〇〇〇〇

事業主氏名 〇〇 〇〇 電話番号 03（□□□□）××××

【記入上の注意事項】

1．第一回目の請求の際には請求期間全部に係る賃金計算期間（賃金締切毎の期間）の出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。
　また、二回目以降も報酬を受けている場合は同様に出勤簿・賃金台帳の添付が必要です。
2．消えるペン、鉛筆、修正テープは使用しないでください。
3．訂正がある場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者のサインをご記入ください。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 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）

❷ 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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は「〇」で、有給の場合は「△」で、公休日の場合は「公」で、欠勤の場合は「／」で表示してください。

❸ ❶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。

❹ ❶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。

❺ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。

❻ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。

❼ ❹で「はい」とした場合、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、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

この申請書は 3枚1セット です。

1枚目「被保険者記入用」3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。