

健康保険 傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 ●●年●●月●●日 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	傷病名	1) 右大腿部骨折 2) 右橈骨遠位端骨折 3)	発病または 負傷年月日	平成 ●●年●●月●●日 平成 ●●年●●月●●日 平・令 年 月 日
	発病または 負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外し落下したため		
	第三者の行為 によるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	業務上、通勤途上 によるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。
	傷病のため 休んだ期間	令和 ●●年5月1日 から 令和 ●●年5月31日 まで 31 日間		
	■上記の傷病のため休んだ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 <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	「はい」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。		報酬額	96,000 円
	報酬支払期間	令和 ●●年●●月2日 から 令和 ●●年●●月10日 まで 9 日間		
	■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。		受給中・請求中 <input checked="" type="radio"/> どちらでもない	
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。			
	年金等の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()		
傷病名	年金額			
基礎年金番号	支給開始日		年 月 日	
■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。		受給中・請求中 <input checked="" type="radio"/> どちらでもない		
給付等の種別	1. 失業給付 2. 休業補償給付 (労働基準監督署) 3. その他()			

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏名
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	123
	金融機関名称	●●	銀行 信用金庫	●● 本店 支店
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 其他 当座 ()	口座番号	1234567
			口座名義 (カタカナ)	ケンポタロウ

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		

大同生命健康保険組合

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名		発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日							
	傷病名	この欄は、療養を担当した医師に 記入を依頼してください						年	月	日				
								年	月	日				
								年	月	日				
	発病または 負傷の原因													
	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	診療実日数	日
	入院した場合 はその期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間		
	傷病の主たる症状及び経過概要、 治療内容等													
	症状経過からみて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													
	上記のとおり相違ないことを証明します。		医療施設の所在地											
令和 年 月 日		医療施設の名称												
		医療機関の氏名												

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																	
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。											出勤	有給																					
	令和 年 月	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	日	日
	令和 年 月	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	日	日
	令和 年 月	この欄は、お勤め先の事業主に 証明を依頼してください																									8	29	30	31	日	日		
	上記の期間に対し																										日	日						
	給与の種類																										支払日	□当月	日					
																											時間給	歩合給	その他()	支払日	□翌月	日		
	上記の期間中にか かかる分として 支払った報酬 (給与・賃金等)	支給期間										支給額										支払日												
		年	月	日	～	年	月	日	円	月	日																							
年		月	日	～	年	月	日	円	月	日																								
現在まで、または 将来も支給しない 場合はその理由																																		
賃金計算方法 (欠勤控除等)																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。		事業所所在地																																
令和 年 月 日		事業所名称																																
		事業主氏名																																

【事業主の方へ】

- 労務に服さ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。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

大同生命健康保険組合

前所属健康保険等加入状況回答書

●太枠内に記入して下さい。

●所属していた健康保険組合等にお問い合わせを行います。過去1年6か月間について記入してください。
別紙を使用しても記入欄が足りない場合は、別紙をコピーして使用して下さい。

●全国健康保険協会（協会けんぽ）に所属していた場合、照会の関係上、前勤務先社名・基礎年金番号の記入が必須です。
（記入がなかった場合は、確認のため連絡先電話番号に連絡します。あらかじめご了承ください）

氏名	健保太郎
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
住所	東京都渋谷区 * *- * *- * * △△マンション * *
日中連絡先	090- * *- * *- * *- * *

※記入漏れや不備があった場合、記載の連絡先に電話照会します。

◆該当箇所に必要事項を記入して下さい。

※資格取得日より1年6か月以上経過している場合記入

■ 当健康保険組合加入1年6か月以上経過済み（資格取得 平成 29 年 4 月 1 日）

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【 東京 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 4. その他（ ）
前勤務先社名	株式会社 * *- * *- * *- * * ※協会健保に加入の場合、 記入必須
A：基礎年金番号	* *- * *- * *- * *
種別	被保険者 ・ 被扶養者
加入期間	平成 30 年 1 月 1 日 ~ 平成 30 年 5 月 31 日迄

◆該当箇所にチェックをし、必要事項を記入して下さい。

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【 ○△□ 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 4. その他（ ）
前勤務先社名	
A：基礎年金番号	
種別	被保険者 ・ 被扶養者
加入期間	平成 28 年 6 月 1 日 ~ 平成 29 年 12 月 31 日迄

◆該当箇所にチェックをし、必要事項を記入して下さい。

前所属健保組合名	1. 健康保険組合 2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）【※前勤務先名、基礎年金番号記入必須】
	【 無保険 】 健康保険組合・支部
	3. 国民健康保険 4. その他（ ）
前勤務先社名	無職
A：基礎年金番号	
種別	※無保険の期間があるときは、その期間を記入
加入期間	平成 27 年 6 月 1 日 ~ 平成 28 年 5 月 31 日迄