

## 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回目)

1枚目  
(2枚1組)

## 被保険者記入欄の注意事項

太枠内の項目はすべて記入して下さい。

## 1. 被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号	① 1 3 9 9 9 9 9	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ ② 健保 太郎		
生年月日	③ 1970 年 10 月 1 日	年齢	④ 54 歳	仕事内容(職種)	⑤ 工場内での検品業務
住所	(〒806 - 0002) ⑥ 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ⑦ 999-9999-9999		
事業所名称	黒崎播磨株式会社	所在地	福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号		

※初回申請時は「傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書」の提出をお願い致します。

## 2. 申請内容

① 傷病名	⑧ (1) 胃潰瘍 (2) (3)		
② 他人の行為によって負傷したものですか	⑨ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
③ 発病または負傷年月日	⑩ (1) 2024年 10月 1日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		
④ 発病または負傷の原因	⑪ 食後の胃痛や腹痛、吐き気が10日間ほど続いたため医療機関を受診		
⑤ 傷病により休んだ期間	⑫ 2024年 10月 10日 から 2024年 10月 31日 まで	日数	⑬ 22 日間

※申請期間は暦月単位(1日~月末)の日付でご記入下さい。

## 3. 受取代理人の欄(委任状)※退職者は記載不要

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。※受取方法は給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)

2024年 12月 2日 ⑭

⑮ 被保険者(申請者)氏名 健保 太郎

代理人 所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号  
名称 黒崎播磨株式会社  
氏名 代表取締役社長 江川 和宏

## 4. 確認事項

① 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい → ⑯ <input type="checkbox"/> 請求中 → <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「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)傷病名と基礎年金番号等をご記入下さい	傷病名	年金の種類	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
② <退職した方> 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	<input type="checkbox"/> はい → ⑰ <input type="checkbox"/> 請求中 → <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「はい」または「請求中」と答えた場合、受給(予定)している年金の名称や基礎年金番号をご記入下さい	年金の名称	基礎年金番号	支給年月日 年 月 日 年金額 円
③ 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	<input type="checkbox"/> はい → ⑱ <input type="checkbox"/> 請求中 → <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「はい」または「請求中」と答えた場合、請求先の労働基準監督署をご記入下さい	労働基準監督署		
④ 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		

## 5. 傷病手当金申請に伴う誓約

上記のとおり申請します。

私は、傷病手当金受給期間において障害年金、老齢厚生年金等及びおよび雇用保険、労災保険を受給していません。

今後、受給した場合は、速やかに傷病手当金を返還することを誓約いたします。

2024年 12月 2日 ⑲

⑳ 被保険者(申請者)氏名 健保 太郎

※審査のため、追加書類を提出していただく場合がありますので予めご了承下さい。

2ページへ続きます&gt;&gt;&gt;

## 1. 被保険者情報

①~⑦

- [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下さい
- 氏名・フリガナ、③生年月日、④年齢
- 仕事内容、⑥住所
- 日中連絡がとれる電話番号

※初回申請時は

「傷病手当金請求に伴う状況報告書 兼同意書」の提出をお願い致します。

## 2. 申請内容

⑧~⑬

- 傷病名は医師が証明した傷病名と同一  
2つ以上ある場合は記入して下さい
- 「はい」の場合は  
「第三者行為による傷病届」の提出が必要
- 発病または負傷年月日等
- 傷病により休んだ期間は  
「月ごと」に記入して下さい

(2024.8.10~9.30)を請求する場合  
第1回目: 2024.8.10~8.31 22日間  
第2回目: 2024.9. 1~9.30 30日間

⑭の日数

## 3. 受取代理人の欄(委任状)

⑭⑮

- 申請日
- 在職中の方は全て事業主への委任払いになるため、被保険者氏名の署名の記入が必要

## 4. 確認事項

⑯⑰⑱

- 障害厚生年金または障害手当金を受給(予定)されている場合、受給理由となった傷病名の分かる書類の写しを添付して下さい
- 老齢または退職を事由とする公的年金を受給(予定)されている場合、年金支給額決定通知書等の年金額の分かる最新分の書類の写しを添付して下さい
- 労災保険から休業補償給付を受けている場合、請求先の労働基準監督署名を記入して下さい

## 5. 傷病手当金申請に伴う誓約

⑲⑳

- 申請日
- 被保険者氏名を記入

健保記入欄のため、被保険者は記入しないで下さい

事業主が証明するところ

事業主記入欄のため、被保険者は記入しないで下さい

療養を担当した医師が意見を書くところ

医師(療養担当者)記入欄のため、被保険者は記入しないで下さい  
この欄に医師(療養担当者)の証明を貰われて下さい  
未来の日付では証明ができないため、申請期間が経過してからご依頼下さい