

健康保険 傷病手当金・付加金 支給申請書

被保険者情報	被保険者証等 記号・番号	記号 1	番号 234	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 平成 60年 4月 20日
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 090(〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	社員番号	〇〇〇〇〇〇	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	発病または 負傷年月日	平成 令和 4年 4月 2日	
		2) 右橈骨遠位端骨折		平成 令和 4年 4月 2日	
		3)		平成 令和 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・いいえ
	傷病のため 休んだ期間	令和 4年 4月 2日	から	令和 4年 4月 30日	まで 29 日間
	上記の傷病のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	現在まで	受けた・受けない		
		今後	受けられる 受けられない		
	■上記で報酬を受けたまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。				
報酬支払期間	令和 4年 4月 2日	から	令和 4年 4月 10日	まで 9 日間	
受けた報酬額	96,000	円	受けられる報酬額	円	
■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・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	
■労災保険から休業補償給付を受けていますか。または請求中ですか。			はい・いいえ		
「はい」と記入した方は支給元(請求元)の労働基準監督署を記入してください。				労働基準監督署	

振込先情報	金融機関名称	〇〇〇	銀行 信用金庫	〇〇〇	本店 支店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座	その他()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ

受付日付印

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)
	※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

■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	平成 令和	年	月	日		
	傷病名	1)	療養を開始した年月日	平成 令和	年	月	日		
		2)		平成 令和	年	月	日		
		3)		平成 令和	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	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					実日数	日
	入院した場合はその期間	令和						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			印		
		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	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
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)				この欄はお勤め先の事業主に証明を依頼してください						支払日																									
		円	月	日	円	月	日	円	月	日																										
年		月	日	～	年	月	日	円	月	日																										
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			印																													
		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。
- 賃金台帳および出勤簿の写しを添付してください。