

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 ○ 回目)

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正)	被保険者証の 記号・番号	記号	記号	被保険者の氏名	被保険者の氏名をご記入ください			
		番号	番号	生年月日	昭・平・令 ○○年 ○○月 ○○日生 (○○才)			
	被保険者の住所 電話番号	被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL ○○○ - ○○○○ - ○○○○						
	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください			仕事内容 (具体的に)	仕事内容をご記入ください		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)							
	発病または 負傷年月日	○○年 ○○月 ○○日		傷病の 原因	①. 病気 <span style="font-size: small;">〔発病の原因 発病原因を詳しくご記入ください〕</span> 2. ケガ ⇒ 負傷届を併せてご提出ください			
	傷病名	1. 医師の意見欄(傷病名) から転記してください			2.	3.		
	療養のため 休んだ期間	(例) 令和 4年 8月 21日 から 令和 4年 9月 20日 まで			31 日間			
	労災保険の休業補償の受給状況について	受給している ・ 手続き中 ・ 受給していない						
	いずれかに必ず○をしてください	受給している ・ 手続き中 ・ 受給していない						
年金の種類	基礎年金番号		支給開始年月	年金額 (年額)				
年金を受給されている方 (手続き中も含む)は、必ず ご記入ください	共済年金 手当金	年 月	年 月	円				

※被保険者名義のもの(受領委任する場合は代理人名義のもの)を記入してください。

傷病手当金を受け取る金融機関	
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)
公金受取口座を利用される場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は、口座情報をご記入ください	
口座番号	(支)店 出張所 普通・当座 営業部 (数字3桁)を記入)
口座名義	

※傷病手当金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人氏名
	令和 年 月 日	被保険者氏名 (自署)	
	代理人の住所・電話番号		被保険者との関係
TEL - -			

《注意事項》

1. この請求書に事業主の証明(退職後の期間については事業主の証明は不要)と医師の意見を記入してもらってください。
2. 労災保険へ休業補償を申請され労災であると認められた場合、支給済みの傷病手当金は返金していただくことになります。
3. 老齢(厚生・基礎)年金・退職共済年金・障害年金または障害手当金等の公的な年金を受給されている方は、年金額や支給開始年月等の確認できる年金証書や改定通知のコピー等を添付してください。 (次頁へ)
4. 傷病手当金の受取りを第三者に委任するときは、受取代理人の欄にも記入が必要になります。
5. 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

日付をすべて統一してください

