

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第 1 回目）

被保険者 (申請者) 情報	①社員番号	ID 123▲▲▲▲	③氏名 健保 花子	④生年月日 昭和・平成 1 年 4 月 5 日
	②保険証の 記号-番号	1 - 45▲▲▲▲		⑥携帯 TEL *必ず記入してください 080-****-****
	⑤住所 〒 123-▲▲▲▲ 東京都品川区▲町 6-7-8 ○○マンション 910			

⑦ 給 付 金 受 取 口 座	*被保険者名義の口座に限ります。口座名義と被保険者氏名が一致しない場合は入金できません。 *婚姻等で氏名変更をした場合は、保険証の氏名変更手続きと金融機関での口座名義変更の手続きを終えてから申請してください。																
	金融機関 コード	0	0	▲	▲	支店 コード	1	1	▲	普通 口座No.	1	2	3	4	5	6	▲
	金融機関名	四菱 ABC			支店名	目黒			口座名義（カタカナ）*被保険者の氏名と一致していること ケンポ ハナコ								

申 請 内 容	⑧傷病名	妊娠悪阻			⑨発病または負傷の年月日 *おおよそ 令和 5 年 4 月 1 日ごろ
	⑩療養のために休んだ期間 (申請期間)	令和 5 年 4 月 15 日 ~ 令和 5 年 4 月 30 日まで			
	⑪ ⑩の期間中の状態	症状： 嘔吐が続き、めまいなどの脱水症状がある。 医師からの指示： 入院安静。絶食。点滴による栄養補給。			月をまたぐ場合は、原則として「ひと月ごと」に申請すること

確 認 事 項 (当 て は ま る も の に ○)	⑫傷病の原因	1. 仕事に負ったケガや仕事の原因でかかった病気ではない（原因が不明なものを含む） 2. 仕事や通勤途中に負ったケガや仕事の原因でかかった病気である ⇒⑬ハ			
	⑬労災・通災 の認定	⑫で2を選択した方のみ 労働基準監督署の認定を受けましたか。		「はい」「申請中」「いいえ」 労働基準監督署	
	⑭第三者行為	傷病の原因は、他の誰かによって負わされたケガや病気ですか（交通事故など、確実に相手に原因があるもの）。 1. はい 2. いいえ			
	⑮障害年金	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 1. はい 2. 申請中 3. いいえ			
	⑯申請期間の 報酬	当組合の資格を喪失された方のみ ⑩療養のために休んだ期間（申請期間）中に、給与・個人事業による収入・年金など、何らかの報酬を受けましたか。または、この後、受ける（支払われる）予定ですか。 1. はい 2. いいえ			

必ずお読みください

- 注意点
- 申請は原則として「ひと月ごと」に行ってください。月ごとでない場合も受け付けますが、給付金の支給に時間を要します。
例：4月15日から6月25日まで休んだ場合は、⑩療養のために休んだ期間（申請期間）を次のように申請してください。
第1回目：4月15日～4月30日、第2回目：5月1日～5月31日、第3回目：6月1日～6月25日
 - ⑬⑭で労災・通災・第三者行為による傷病と回答された場合は、事業主・労基署・保険会社等に照会を行いますので、給付金の支給に時間を要します。
 - ⑭第三者行為で「はい」と回答された方は、申請前に当組合にご連絡ください。
 - ⑮障害年金で「はい」と回答された方は、申請前に当組合にご連絡ください。
 - 当組合を脱退した方で、⑯申請期間の報酬が発生した（する）に「はい」と回答された方は、申請前に当組合にご連絡ください。



傷病手当金支給申請書 2 枚目 (この申請書は 2 枚一組です)

被保険者 (申請者) が記入	ID 123▲▲▲	保険証の記号 - 番号 1 - 45▲▲▲	氏名 健保 花子
-------------------	--------------	--------------------------	-------------

ここまでを被保険者が記入してください

以下は事業主が記入する欄です。所属店舗の証明は不要です。資格喪失後の申請については記入の必要はありません。

事業主 証明 欄	労務に服さな	
<p>空欄のまま、勤務先の定める提出先に郵送してください。 勤務先の所属長（マネージャーなど）も<u>記入しない</u>でください。</p>		

以下は医師等が記入する欄です。医療機関等で意見を受けてください。

療養を 担当した 医師等 の意見 記入 欄	初診日	
<p>医師に証明を依頼してください。</p>		
TEL		