

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第1回)

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日					
	被保険者証の (左づめ)	1 1 5 0 0 0 0 0	9 9	1	4	7	0 1 0 1				
	氏名	(フリガナ) オオミヤ シャロウタ 大宮 社 勇太									
住所	〒	3 3 8 0 0 0 0	埼玉県	さいたま市中央区			〒	0 9 0 1 0 0 0 1 0 0 0	〒	0 9 0 1 0 0 0 1 0 0 0	
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	0 9 0 1 0 0 0 1 0 0 0									

振込先指定口座	金融機関 名称	与野		銀行	金庫	信組	本店	支店
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		左づめでご記入ください。		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) オオミヤ シャロウタ					口座名義 の区分	1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年	月	日
	氏名			1. 平成 2. 令和		
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)			
	住所			被保険者との 関係		
	(フリガナ)					
	氏名					

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号	協会使用欄
-----------------------	------	-------

6 0 1 1 6 0	1				
-------------	---	--	--	--	--

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

大宮 社労太

申請内容

1 傷病名

1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。

1) 新型コロナウイルス

2)

3)

2 初診日

2

1.平成
2.令和

年 月 日
04 01 21

1.平成
2.令和

1.平成
2.令和

3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。

1

1. 病気 (発病時の状況)

不詳

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

4 療養のため休んだ期間(申請期間)

2

1.平成
2.令和

年 月 日から
04 01 21

2

1.平成
2.令和

年 月 日まで
04 02 20

日数

31

日間

5 あなたの仕事の内容(具体的に)
(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)

総務事務職

確認事項

1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。

1

1. はい
2. いいえ

1-1 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。

2

1.平成
2.令和

年 月 日から
04 01 21

報酬額

2

1.平成
2.令和

年 月 日まで
04 02 20

まで

31000

円

2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。

3

1. はい
2. 請求中
3. いいえ

1. 障害厚生年金
2. 障害手当金

「はい」の場合

2-1 「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)傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。

(「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入ください。)

傷病名

基礎年金番号

年金コード

支給開始年月日

1.昭和
2.平成
3.令和

年 月 日

年金額

円

3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)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。

1. はい
2. 請求中
3. いいえ

「はい」の場合

3-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。

(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)

基礎年金番号

年金コード

支給開始年月日

1.昭和
2.平成
3.令和

年 月 日

年金額

円

4 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)

3

1. はい
2. 労災請求中
3. いいえ

「はい」の場合

4-1 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。

労働基準監督署

様式番号

6 0 1 2 6 9

「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」に記載の「添付書類をご用意ください。」および「支給期間と支給額」をご確認ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができ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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名 大宮 社 労働太																														
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																														
	<div> <div> 1.平成 2.令和 年 月 </div> <div> 2 0 4 0 1 </div> </div>																														
	<div> <div> 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 </div> <div> 計 </div> </div>																														
<div> <div> 2 0 4 0 2 </div> </div>																															
<div> <div> 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 </div> <div> 計 </div> </div>																															
<div> <div> 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </div> <div> 給与の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 </div> <div> 賃金計算 </div> <div> 締日 20 日 </div> <div> 支払日 1 1.当月 2.翌月 25 日 </div> </div>																															
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。																															
支給した(する)賃金内訳	期間	01 月 21 日 ~		02 月 20 日 分		02 月 20 日 分		02 月 20 日 分																							
	区分	単価		支給額		支給額		支給額																							
	基本給	210000		210000																											
	通勤手当	21000		21000																											
	手当																														
	手当																														
	手当																														
	欠勤控除	4200000																													
	現物給与																														
	計	231000		31000																											
<p>賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。</p> <p>基本給 ÷ その月の出勤すべき日数 × 欠勤日数 = 欠勤控除額</p> <p>210,000円 ÷ 21日 × 20日 = 200,000円 控除</p> <p>なお、通勤手当は減額せず全額支給</p>																															
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>事業所所在地 1.平成 2.令和 年 月 日</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 電話番号 ※ハイフン除く</p>																															

様式番号

6 0 1 3 6 8

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。 >>>