傷病手当金支給申請書 記入例

エンターテイメント 健康保険組合｜給付チーム 03-5843-6213

健康保険 傷病手当金 支給申請書

（被保険者記入用）

被保険者情報

❶ 被保険者証	記号 987　番号 654321	事業所名称	(株)○○○○
❷ 氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
住所	〒 110 － 0000　東京 都・道・府・県　墨田区○○ ×－×		
	□□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090 （ 0000 ） 0000

提出委任

❸ 申請書の提出を事業主へ依頼する場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請書の提出を事業主へ依頼します。　令和　年　月　日 氏名

振込先

金融機関名称	△△△△ 銀行・金庫・信組・農協・その他（　）	預金種別	普通 普通以外の場合に記載（　）
	△△△△ 支店・本店・出張所・その他（　）	口座番号	1234567
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ タロウ	口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

委任状

❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名
	代理人（口座名義人）	住所
		氏名　被保険者との関係（　）

確認事項

❺ 傷病名	□ 医師等記入用（3ページ）に記入されている傷病による申請である場合は、左記☑を入れてください。別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
発病又は負傷年月日	平・令 07 年 4 月 15 日
❻ 発病時の状況又はケガの原因（詳しくご記入ください）	該当する番号を記載ください □ 1. 仕事中以外（業務外）の傷病 2. 仕事中（業務上）での傷病 3. 通勤途中での傷病 ⇒ 下記もあわせてご記載ください。 4. 交通事故や加害者による傷病 ⇒ 別途、第三者行為による傷病届をご提出ください。
労働災害、通勤災害の認定を受けていますか？	該当する番号を記載ください □ 1. はい　休業補償給付支給決定通知書のコピーを添付ください 2. 請求中　＿＿＿＿労働基準監督署 3. 未請求　業務上や通勤途中の原因による病気やけがについては原則労災保険給付の対象となります。労働基準監督署にご相談ください。 ※労災保険給付の支給が決定された後、給付期間が重複した場合は、給付した傷病手当金をご返納いただきます。
❼ 仕事の内容（具体的に）	店舗における接客（販売、レジ等）　退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。
❽ 療養のため休んだ期間（申請期間）	平・令　年　月　日　から 平・令　年　月　日　まで　日間 給与の締め日に合わせて**月単位**でご請求ください。（月末締めの場合、1日から月末までの期間）
上記期間に報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。	はい / いいえ　「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額　平・令　年　月　日　から　報酬額 平・令　年　月　日　まで　円
❾ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	はい / 請求中 / いいえ　「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等　傷病名　年金の種類　□ 障害厚生年金　□ 障害手当金 基礎年金番号　年金額　円
❿ ≪退職した方≫ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい / 請求中 / いいえ　「はい」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等　年金の名称 基礎年金番号　年金額　円

注：この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

エンターテイメント 健康保険組合　（令7.6）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、資格情報のお知らせ等に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）別途、提出書類が必要となります。

❸ 本申請書の提出を事業主へ依頼する場合に被保険者（申請者）名をご記入ください。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人（口座名義人）がお勤め先の事業主ではないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❺ 医師等記入用（３ページ）に記入されている傷病による申請である場合は、左記☑を入れてください。休み始めた日ではなく、発病又は負傷した日をご記入ください。

❻ 発病時の状況に該当する番号を必ず記載ください。労災保険から休業補償給付を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❼ 療養前の業務について、具体的にご記入ください。

❽ 給与の締め日に合わせて、1カ月1枚で申請してください。（2か月分申請する際は、2セット必要です）申請期間の勤務状況及び賃金支払い等について、お勤め先の事業主に証明を受けてください。（２ページ）療養状況については療養担当者（主治医等）に意見を受けてください。（3ページ）

❾ 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❿ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。

※　訂正される場合は、訂正箇所を二重線（黒色）で抹消して、正しい内容をご記入ください。

この申請書は ３枚１セット です。「事業主／医師等記入用」も必ずご提出ください。