

傷病手当金記入例

健康保険傷病手当金支給申請書(第1回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 記号・番号	記号 9001 番号 10	② 被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ) ヤマダ ジロウ 山田 次郎
	③ 被保険者 (申請者)の 住所	〒 460 - 0904 春日井市富町2-8 富町マンション103号		電話(0568) 13-9413
	④ 事業所の名称	愛知(株)	⑤ 被保険者の 仕事の内容	事務員
	⑥ 資格取得 年月日	昭和 10年 10月 1日 平成 令和	⑦ 発病又は 負傷年月日	平成 24年 4月 10日
	⑧ 傷病名	右足腓骨骨折		第三者行為に よるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑨ 発病または 負傷の原因	釣りをしているころんだ (負傷の場合は負傷原因を添付願います。)		
	⑩ 病気やけがで仕事 を休んだ期間 (申請期間)	平成 24年 4月 11日 から 平成 24年 5月 20日 まで	40 日間	
	⑪ 仕事を休んだ 期間の給料は	基本給は 全額支給される 一部支給 支給されない	諸手当は 全額支給される 一部支給 支給されない	
	⑫ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。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。受給している場合、どの年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金		
	⑬ 上記⑫で「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)傷病名を記入してください。			
⑭ 上記⑫で「はい」または「請求中」と答えた場合、支給開始年月日、年金額を記入してください。「請求中」と答えた場合は、年金額決定通知書が来たら、コピーの提出をお願いします。	支給開始年月日	年金額		
⑮ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中			
⑯ 上記⑮で「はい」または「請求中」と答えた場合、支給開始年月日、年金額を記入してください。「請求中」と答えた場合は、年金額決定通知書が来たら、コピーの提出をお願いします。	支給開始年月日	年金額		
⑰ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中			
⑱ 上記⑰で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督名を記入してください。	労働基準監督署			
⑲ 傷病手当金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに(どちらか○で囲って下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			

※ 同意を頂いた後、後日、他機関へ照会するため新たに同意書を提出いただく場合があります。

この住所は、正確に記入してください。アパート・マンションは「棟・号」までを、同居の時は「〇〇」方と記入してください。

仕事の内容を具体的に記入してください。

現在受けている1年間の金額を記入してください。受給してみえる方は年金証書のコピーを添付してください。

金額の受領を委任するときに記入	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	令和 年 月 日 被保険者 (申請者) 氏名	受付日付印
	委任された者の事業所名		
	住所	委任者と代理人との関係	
	氏名・印		
	上記金額正に受領いたしました。	令和 年 月 日	
	住所		
	氏名		

※訂正をする場合、訂正印として申請者印と同じ印を押印してください。
名古屋木材健康保険組合

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、マイナンバーの記載は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カードの写し等)」、「本人確認(運転免許証の写し等)」をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士の提出代行者印

実際に支給した給料ではなく、本来支給すべき額を記入してください。

療養のため仕事を休んだ期間を記入してください。

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記入してください。

⑦ 就労状況	月	労務に服できなかった期間	平成 24年 4月 11日 から 平成 24年 5月 20日まで	出勤	有給						
欠勤×有給△ 出勤○公休△ と該当日に表示	4	公	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	計	8日						
	5	公	⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計	日						
⑧ 給料の種類	月給	日給	日給	時間給	給料	20 日給	給料	当月	25 日	標準報酬月額	340 千円
主 が 証 明 す る と こ ろ	⑨ 1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入)										
	基本給		3月 21日 ~ 4月 20日	4月 21日 ~ 5月 20日	月 日 ~ 月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください※必ず記入してください					
	住宅手当(1か月)		15,000 円	15,000 円	0 円	300,000円 × $\frac{8}{22}$ = 109,088円					
	通勤手当(1か月)		円	円	円						
	家族手当(1か月)		20,000 円	20,000 円	0 円						
	役職手当(1か月)		7,500 円	7,500 円	0 円						
	手当(1か月)		円	円	円						
	手当(1か月)		円	円	円						
	現物給与(1か月)		円	円	円						
	計		342,500 円	151,588 円	0 円						
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 24年 5月 31日 担当者氏名 山本 花子											
事業所所在地 名古屋市中区丸の内 丁目1番1号											
事業所名称 愛知株式会社											
事業主氏名 代表取締役 愛知 太郎											
電話 052 (123) 0987											

「初回申請分」には、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とその期間前1か月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

給料の締切単位で記入してください。賃金台帳を確認して、正確に記入してください。給料を支給する前に請求するときは、支給予定額を記入してください。

日給月給の場合で、欠勤控除をする場合は、算式を記入してください。

法人の場合は、代表社印を忘れずに押印してください。

患者氏名	山田 次郎		
療 養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名	1) 右足腓骨骨折 2) 腰痛 3) (初診日)	療養の給付 開始年月日 (初診日)
	発症又は負傷の年月日	平成 24年 4月 11日	発病または負傷の原因 釣りで転倒
	② 労務不能と認められた期間	24年 4月 11日から 24年 5月 20日まで	40 日間
意 見 を 記 入 す る と こ ろ	②のうち入院期間	24年 4月 11日から 24年 4月 25日まで	15 日間 入院
	診療日数	21 日	診療日を○で囲んでください。
③ ②の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	4月11日入院、翌12日に右足腓骨の再生術。25日に退院するも自宅にての療養が必要である。 骨折による手術後のリハビリの療養が必要であるため		
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	人工臓器の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.人工透析 オ.その他()	
上記のとおり相違ありません。	平成 24年 5月 25日		
医療機関の所在地	名古屋市中区四の丸五丁目1番2号		
医療機関の名称	名古屋病院		
医師の氏名	鈴木 太郎		
	電話 052 (354) 1111		

健康保険での療養の開始日を記入してください。

できるだけ詳しく記入してください。手術をした場合は、名称と年月日を記入してください。

医療機関の印でなく、医師の印を押印してもらってください。

健康保険での療養の開始日を記入してください。

できるだけ詳しく記入してください。手術をした場合は、名称と年月日を記入してください。