

組合記入欄	支給額								円	備考
	支給期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 日間								
	不支給期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 日間								

記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回目)

※初回申請時は、別紙の「同意書」を提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 1234	フリガナ ケンポ タロウ	
		番号 56	被保険者の氏名 健保 太郎	
	事業所の名称	〇×歯科医院		
	被保険者の 現住所	〒〇〇〇-×××× 東京都豊島区上池袋〇-〇-〇		電話番号 〇〇-××××-××××
	被保険者の 資格を取得した年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	被保険者の 仕事の内容	衛生士
	発病または 負傷の年月日	平成 令和 5年 2月 14日	傷病名	鎖骨骨折
	発病の状態 または負傷の 原因を詳しく	子供とスケートをしているとき、誤って転倒し負傷		
	傷病または負傷の療養 をするために休んだ期間 (申請期間)	令和 5年 2月 14日から 令和 5年 2月 24日まで	11日間	
	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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として 円	
	障害厚生年金または障害手当金 を受給していますか。	傷病名	基礎年金番号・ 年金コード	年金額
	はい ・ 請求中 ・ いいえ			円
	健康保険の資格を喪失し た方は記入してください。	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。	基礎年金番号・ 年金コード	年金額
		はい ・ 請求中 ・ いいえ		円
今回の申請は労災保険 から休業補償給付を受け ている期間のものです か。	はい ・ 請求中 ・ いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の 労働基準監督署を記入してください。 労働基準監督署		
振込先 指定口座	①公金受取口座 ☐ 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 ☒ を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)			
	②金融機関名 〇×〇× 銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店番号 (〇〇〇) 〇〇〇 支店	口座名義 (カタカナで記入) ケンポ タロウ	預金の種類 ①: 普通 2: 当座 口座番号 # # # # # # # #

*被保険者以外の口座に振込む場合は「委任状」が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

