

# 傷病手当金支給申請書 記入例

| 健康保険 傷病手当金 支給申請書                                          |                             | 1 2 3 4                        |                   |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|
| 被保険者（申請者）記入用                                              |                             |                                |                   |
| ①                                                         | 記号<br>9 8 7                 | 番号<br>6 5 4 3 2 1              | ④                 |
| ②                                                         | 氏名<br>ケンポ タロウ<br>健保 太郎      | 生年月日<br>昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日        |                   |
| ③                                                         | 住所<br>〒 110 - 0000 東京 墨田区〇〇 | 電話番号<br>TEL. 090 ( 1234 ) 〇〇〇〇 | 1-2-3 □□マンション×××号 |
| ③ 本請求金額の受領を事業主へ責任します。（責任する場合は記）※事業主へ責任する場合、下記口座欄の記入は不要です。 |                             |                                |                   |
| 金融機関<br>名称                                                | 〇〇〇〇                        | 通帳<br>番号                       | △△△△              |
| 預金種別                                                      | 普通                          | 口座番号<br>(支店別)                  | 1 2 3 4 5 6 7     |
| 口座名義<br>(カタカナ)                                            | ケンポ タロウ                     |                                |                   |
| ゆうちょ                                                      | 記号 1 〇                      | ※                              | 口座番号<br>(支店別)     |

※通帳の記載がある方のみご記入ください

## 【添付書類】

第一回目の請求や月の途中で出勤した場合は、出勤簿等の写し、資金台帳の写し、  
外傷性のケガ（骨折、挫傷など）の場合は、負傷原因書  
各種年金、労災休業給付金にかかる傷病手当金の申請についての同意書（該当者のみ）

「申請者記入用」は2ページに続きます。》》》

社会保険労務士の  
提出代行署名記載欄

1/4

日本自動車部品工業健康保険組合

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- ② 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。  
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。）
- ③ 事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- ④ ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

# 傷病手当金支給申請書 記入例

| 健康保険 傷病手当金 支給申請書 |                                                                                                                                                                                | 1 2 3 4                              |                                      |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                | 被保険者（申請者）記入用                         |                                      |
| 申請内容             | 1 傷病名<br>1) 虫垂炎<br>2)<br>3)                                                                                                                                                    | 2 発病<br>または<br>負傷<br>年月日<br>令和 年 月 日 | 2 発病<br>または<br>負傷<br>年月日<br>令和 年 月 日 |
| 5                | 3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。<br>1 1. 病気<br>2. ケガ → 負傷原因書を併せてご提出ください                                                                                                            | (発病時の状況)<br>自宅でお腹が痛くなった              |                                      |
| 6                | 4 療養のため休んだ期間（申請期間）<br>（令和） 年 月 日 から 日数 8<br>〇 4 1 5<br>〇 4 1 5 まで 日曜                                                                                                           |                                      |                                      |
| 7                | 5 あなたの仕事の内容（具体的に）<br>（退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容）                                                                                                                                     | 店舗における接客（販売、レジ等）                     |                                      |
| 補遺事項             | 1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に<br>4割額を受けましたか。<br>または半額受けられますか。<br>1 - ① 「はい」と答えた場合、その4割額の額と、<br>その4割額を支払の基礎となった（なる）<br>期間をご記入ください。                                                     | 2 1. はい<br>2. いいえ                    | 円                                    |
| 8                | 2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。<br>受給している場合、どちらを受給していますか。<br>2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、<br>受給の要因となった（なる）傷病名<br>及び基礎年金番号をご記入ください。<br>[「請求中」と答えた場合は、<br>傷病名・基礎年金番号をご記入ください。]       | 3 1. はい<br>2. 請求中<br>3. いいえ          | 円                                    |
| 9                | 3 （健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。）<br>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。<br>受給している場合、その名称をご記入ください。<br>3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、<br>基礎年金番号等をご記入ください。<br>[「請求中」と答えた場合は、<br>傷病名・基礎年金番号をご記入ください。] | 3 1. はい<br>2. 請求中<br>3. いいえ          | 円                                    |
| 10               | 4 今回の申請は労災（業災）から休業補償給付を受けている<br>期間のものですか。<br>4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、<br>支給元（請求元）の労災（業災）基礎年金番号をご記入ください。                                                                     | 3 1. はい<br>2. 労災請求中                  | 円                                    |

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 「ケガ」と答えた場合は、別途「負傷原因届」の提出が必要となります。
- ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師等の意見」をいただいでください。（申請書2枚目）
- 療養前の業務について、具体的にご記入ください。  
（事務員などではなく、経理事務、プログラマー、店舗接客、商品品出し など）  
退職後の申請の場合は、在職中のお仕事の内容をご記入ください。
- 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、業務課にお問い合わせください。
- 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。  
詳しくは、業務課にお問い合わせください。
- 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、医療施設課にお問い合わせください。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。