

<b>在職者用</b>		支給額	円	
※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所申請者のサインまたは押印をお願いします。				
<b>健康保険 傷病手当金 支給申請書 (第 1 回目)</b>		(被保険者記入用)		
<b>被保険者情報</b>	① 被保険者証 記号 <b>9876</b> 番号 <b>54321</b>	② 資格取得年月日 昭・平(令) <b>△△</b> 年 <b>△</b> 月 <b>△</b> 日		
	③ 氏名 (フリガナ) <b>ケンポ タロウ</b>	④ 生年月日 昭(平) ××年×月×日		
	⑤ 住所 〒 <b>113 - 0000</b> <b>東京</b> (都道府県) <b>文京区</b> ○○ ×-×-×	⑥ 電話番号 (日中の連絡先) ×× (××××) ××××		
	⑦ 事業所名称 <b>株式会社</b> □□□□	⑧ 提出委任 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。(事業主経由依頼する場合は) <input type="checkbox"/>		
	⑨ 初回のご申請の方は下記の項目を記入(2回目以降の方は記入不要です)			
⑩ ※「今回の傷病手当金の申請開始日より1年以内に当組合の資格を取得された方」は、下記の回答に関わらず、別途健康保険等加入状況の申告書が必要となります。ご記入のうえご提出をお願いします。				
⑪ 当組合加入以前に同様の傷病で傷病手当金を受給したことがありますか。		□ はい □ 請求中 □ いいえ		
⑫ 今回の申請期間以前の傷病手当金の申請を希望しますか。		□ はい □ 請求中 □ いいえ		
※ 回答に関わらず、過去に加入していた保険者(健康保険組合等)に対し照会をさせていただきます。ご回答をお願いします。				
※ 今回の申請期間より前に同傷病にて療養のため休業していた場合、遡り申請をするか否かの確認です。※ 遡り申請する場合、担当医師による労務不能と認めた意見書が必要となりますので、担当医師にご相談ください。相談の結果、医師の意見書の交付が受けられないときは「いいえ」にしてください。				
⑬ 申請内容		⑭ 傷病又は負傷年月日(不詳の場合は)		
⑮ 主傷病名 <b>虫垂炎</b>		令和 ×年×月×日 □ 不詳		
⑯ 発病時の状況又はケガの原因(詳しくご記入ください)		⑰ 仕事の内容(具体的に) <b>店舗における接客(販売、レジ等)</b>		
3月1日朝、自宅で出勤の準備をしていた時、急にお腹が痛くなり、受診したところ、虫垂炎と診断された。 ※ 仕事中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、健康組合と勤務先に連絡してください。				
⑱ 療養のため休んだ期間(申請期間) ※ 初回の申請の場合、待機期間も含めてご記入ください。		令和 5 年 3 月 1 日 から 令和 5 年 3 月 31 日 まで 23 日間 上記の期間のうち出勤した日 注: 具体的な日付をご記入ください。(例:3/10~3/15、3/18、3/29) 3/10~3/15、3/22、3/27		
⑲ 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 □ 請求中 □ いいえ		
⑳ 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		
㉑ 労災保険から休業補償を受けていますか。		□ はい □ 請求中 □ 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 円		⑳ 傷病名 年金の種類 □ 障害厚生年金 □ 障害手当金 支給開始(改定)年月日 年 月 日 基礎年金番号: 年金額 円 年金コード: 円		
「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と支給開始年月日、基礎年金番号等		㉑ 労働基準監督署		
◎ 振込先には被保険者(③欄の方)の口座をご記入ください。				
① 公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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、下記の口座情報の記入は不要です。)				
② 銀行コード		③ 預金種別 (普通) 当座、その他( )		
④ 金融機関名称		⑤ 口座番号		
⑥ 支店コード		⑦ 口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人		
⑧ 口座名義(カタカナで記入)		⑨ 振込先		
<b>ケンポ タロウ</b>		<b>〇〇〇〇</b> (銀行・金庫・信託 郵便、その他( ))		
		<b>△△△△</b> (支店) 本店・出張所 その他( )		
◎ 事業所への委任の場合のみご記入ください。				
① 被保険者(申請者)		② 受領代理人 氏名		
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。				
受領代理人 氏名		交付日付印		
注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。 マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)				
東京都電機健康保険組合 (R54)				

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

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 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、③欄に被保険者氏名を記入し、右スペースに申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込先口座は、申請される方の住所・口座をご記入ください)  
※申請者が被扶養者以外の場合は、戸籍簿本の原本等が必要となります。  
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。
- 本申請を事業所(事業主)経由で提出する場合は、必ず☑をしてください。
- 当組合に傷病手当金を初めて申請する方は回答してください。  
・今回の傷病手当金の申請開始日より1年以上前に当組合の資格を取得された方は、健康保険等加入状況の申告書の提出の必要はありません。
- 遡って傷病手当金を支給する場合、傷病手当金の支給日額が変更になる可能性があります。
- いつ(〇年〇月〇日〇時)、どこで、何をしているときに、どのように、どうなった、とわかる範囲で詳しく記入してください。
- ・申請期間をご記入ください。(出勤した期間は、申請期間から除いてください)  
・申請期間の途中に出勤日がある場合は、「上記の期間のうち出勤した日」欄に記入してください。(出勤した日を申請期間の始まり・終わりの日にすることはできません)  
(例) 3月1日から3月31日までの期間を申請するが、3月10日(金)から3月15日(水)までの6日間と3月22日(水)と3月27日(月)を出勤した場合

⑲ 療養のため休んだ期間(申請期間) ※ 初回の申請の場合、待機期間も含めてご記入ください。	令和 5 年 3 月 1 日 から 令和 5 年 3 月 31 日 まで 23 日間
⑳ 上記の期間のうち出勤した日 注: 具体的な日付をご記入ください。(例:3/10~3/15、3/18、3/29)	3/10~3/15、3/22、3/27

・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」をいただけてください。(申請書2枚目)  
※ 医師の意見書等が外国語の場合は、翻訳者の住所・氏名・電話番号を明記した翻訳書を添付してください。

**添付書類** ※内容審査に必要なときは別途、添付書類の提出をお願いする場合があります。  
※ご提出いただいた原本は返却できません。

<b>初回の申請</b>	【共通】 ・申請期間にかかる出勤簿・賃金台帳(写し) ※ 出勤簿と賃金台帳は給与の締め日および支払日を経過した後に発行したものを提出してください。 ※ 欠勤除を翌月以降に行う場合は欠勤除をした月の賃金台帳の写しを併せてご提出ください。
	【今回の傷病手当金の申請開始日より1年以内に当組合の資格を取得された方の申請の場合】 ① 申請期間にかかる出勤簿・賃金台帳(写し) ② 入社日からの出勤簿(写し) ③ 健康保険等加入状況の申告兼同意書(原本)
<b>第2回目以降の申請</b>	【当組合加入以前に同様の傷病で傷病手当金を受給したことがある方の申請の場合】 ① 申請期間にかかる出勤簿・賃金台帳(写し) ② 健康保険等の加入状況の申告兼同意書(原本)
	・申請期間にかかる出勤簿・賃金台帳(写し) ※ 出勤簿と賃金台帳は給与の締め日および支払日を経過した後に発行したものを提出してください。 ※ 欠勤除を翌月以降に行う場合は欠勤除をした月の賃金台帳の写しを併せてご提出ください。

以下の項目に該当する場合は、上記の書類に併せて下記の書類をご添付ください。

障害厚生年金又は障害手当金を受給している場合	① 障害年金証書の写し、または障害手当金決定通知書(写し) ※ 傷病手当金の初回の申請時または年金の支給が決定されたときに添付してください。 ② 直近の支給額を証明する書類(年金振込通知書の写し等) ※ 年金額に変更があった場合は年金額改定通知書の写しを申請書に添付してください。
労災保険から休業補償を受けている場合	・休業補償給付支給決定通知書(写し) ・傷病手当金の初回の申請時または労災保険から支給決定通知書が届いたときに添付してください。

# 記入例 | 傷病手当金支給申請書（在職者用） 事業主証明欄

東京都電機健康保険組合 | 保険給付課 03-3834-7214

<b>在職者用</b>		健康保険 傷病手当金 支給申請書（事業主／医師等記入用）			東京都電機健康保険組合	
<b>【事業主の皆様へ】</b>						
・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には事業主のサインまたは押印をお願いいたします。 ・第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。（2回目以降の申請の際も原則添付してください） ・下記「※1 ⑦証明日」は申請期間の賃金の締め日以降の日付をご記入ください。						
事業主が証明するところ	⑦ 被保険者氏名	健保 太郎				
	① ① 令和 5 年 3 月 1 日 から 23 日間 ② この期間に賃金を支給しました（します）か。					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	① ② 令和 5 年 3 月 31 日 まで	上記の期間のうち出勤した日 注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/10～3/15、3/18、3/29）				
	③ 3/10～3/15、3/22、3/27					
	⑤ 被保険者の 給与体系	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他（ ）	賃金計算	締日 末日	給与支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月
④ ④ 社会保険料の徴収をしましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		④ ④で「いいえ」と答えた場合 今度徴収する予定はありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑤ ⑤ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合	年 月 日 ～ 年 月 日	日間	円	日額	円	
	年 月 日 ～ 年 月 日	日間	円	日額	円	
	年 月 日 ～ 年 月 日	日間	円	日額	円	
	年 月 日 ～ 年 月 日	日間	円	日額	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。						⑦ 令和 ×× 年 △ 月 △ 日 ※1
⑦ 所在地	東京都文京区△△1-2-3					
⑧ 事業所名称	〇〇〇〇株式会社					
⑨ 事業主氏名	〇〇 〇〇		電話番号	△△（□□□□）××××		

- ① 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。（被保険者の申請期間）
- ② ①の期間に、基本給や各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ③ 労務に服さなかった期間の途中に出勤がある場合は、「上記のうち出勤した日」欄に記入してください。（出勤した日を申請期間の始まり・終わりの日にすることはできません）  
 （例）3月1日から3月31日までの期間を申請するが3月10日（金）から3月15日（水）までの6日間と3月22日（水）3月27日（月）は出勤した場合

① ① 令和 5 年 3 月 1 日 から 23 日間 ② この期間に賃金を支給しました（します）か。					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
① ② 令和 5 年 3 月 31 日 まで	上記の期間のうち出勤した日 注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/10～3/15、3/18、3/29）				
③ 3/10～3/15、3/22、3/27					

- ④ 労務に服さなかった期間に対する社会保険料を徴収したか回答ください。  
 ※「社会保険料を徴収した（する予定がある）」と回答した場合は、社会保険料の入金の確認書類の添付の必要はありません。  
 ※本人が負担する社会保険料を会社が負担した場合、賃金の支給とみなします。
- ⑤ ②で「はい」とした場合、申請期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。