傷病手当金支給申請書(在職者用） 記入例

在職者用

※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所に二重線を引き、**被保険者（申請者）のサインまたは押印**をお願いします。修正液等は使用しないでください。

支給額		円

健康保険　傷病手当金　支給申請書　（第　1　回目）　（被保険者記入用）

被保険者（申請者）情報

① 被保険者等記号・番号 ❶	記号 9876　番号 54321	記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。	
② 氏名 ❷	（フリガナ） ケンポ　タロウ 健保　太郎	③ 被保険者の生年月日	昭和・(平成)　××年　×月　×日
④ 住所	〒113 － 0000　東京 都・道・府・県　文京区〇〇　×－×－×	⑤ 電話番号（日中の連絡先）	××　（××××）××××
⑥ 事業所名称	株式会社 □□□□	❸ ⑦ 提出委任	☑ 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✓）

初回のご申請の方へ

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）

❹ ※「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いたします。

⑧ 当組合加入以前に傷病手当金を受給したことはありますか。	□ 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く場合がございます。
⑨ 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。❺	□ はい ☑ いいえ	※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になりますので、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。

申請内容

⑩ 主傷病名	虫垂炎	❻ ⑪ 発病または負傷年月日	(平成)・令和　6年　3月　1日 (午前)・午後　7時　20分頃　□ 不詳
⑫ 発病時の状況またはケガの原因（詳しくご記入ください） ❻	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、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、健保組合と勤務先にご連絡ください。	⑬ 仕事の内容（具体的に）	店舗における接客（販売、レジ等）
⑭ 療養のため休んだ期間（申請期間） ※ 初回の申請の場合、待期期間も含めてご記入ください。	令和 6年 3月 1日 から 令和 6年 3月 31日 まで 出勤のため、上記の期間から除く日　注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/8～3/11、3/18、3/29） 3/8～3/11、3/22、3/27		
❼ ⑮ 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　報酬額 令和　年　月　日 まで　　円
❽ ⑯ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	☑ はい □ 請求中 □ 請求予定 □ いいえ	「はい」、「請求中」または「請求予定」の場合、右欄（のわかる項目）をご記入ください。	傷病名 慢性腎不全　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　令和 5年 4月 1日 基礎年金番号:1234-123456　年金コード:1350　年金額 2,037,221 円
⑰ 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」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署

◎振込先には②欄の被保険者（申請者）の口座または事業所からお届けいただいた口座をご記入ください。

振込先

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✓、利用しない場合は下記の欄を記入）		
金融機関名称	銀行コード 1 2 3 4　〇〇〇〇　(銀行)・金庫・信組・農協・その他（　） 支店コード 9 8 7　△△△△　(支店)・本店・出張所・その他（　）	預金種別	(普通)・当座・その他（　）
		口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ　タロウ ※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。	口座名義区分	☑ 被保険者（申請者） □ 事業所の代理人

◎今回の給付金の受取を事業所へ委任する場合はご記入ください。

委任状

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。 氏名
受領代理人	氏名

受付日付印

注：この申請書は<u>2枚1セット</u>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。

東京都電機健康保険組合　（R6.12）

❶ 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格情報画面」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」のいずれかでご確認ください。
わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

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］
・②欄に被保険者氏名を記入し、右スペースに申請者の氏名をご記入ください。
・④欄には申請者の住所を、振込先には申請者の口座をご記入ください。
※申請者が被扶養者でない場合は、戸籍謄本（原本）等の添付が必要となります。
※振込先は、公金受取口座利用のチェック欄は使用せず、口座情報をご記入ください。

❸ 本申請を事業所（事業主）経由で提出する場合は、必ず✓を入れてください。

❹ ・当組合に傷病手当金を初めて申請する方はご回答ください。
・今回の傷病手当金の申請期間の初日より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。

❺ 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。

❻ いつ（〇年〇月〇日〇時頃）、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ご記入ください。いつ（頃）かわからない場合は不詳に✓を入れてください。

❼ 申請期間をご記入ください。（初回のご申請の場合は、待期期間（３日間）を含めてご記入ください。）
申請期間中に出勤した日がある場合は、「出勤のため、上記の期間から除く日」欄にご記入ください。
数時間であっても出勤した日は出勤日となります。有給休暇を取得した日は出勤日には含みません。
（例）　3月1日から3月31日までの期間を申請するが、3月8日（金）から3月11日（月）までの4日間と3月22日（金）、３月27日（水）は出勤した場合

⑭ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 6 年 3 月 1 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで
※ 初回の申請の場合、待期期間も含めてご記入ください。	出勤のため、上記の期間から除く日　注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/8～3/11、3/18、3/29） 3/8～3/11、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、申請書２枚目に「事業主の証明」と「医師等の意見」の記載をいただいてください。
※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ご添付ください。

❽ 障害厚生年金（障害手当金）の受給（請求）の状況をご記入ください。
同一の傷病で障害厚生年金（障害手当金）を受給できる場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額が障害厚生年金（障害手当金）の額よりも多いときは、年金等の額との差額が支給されます。
遡って年金の受給開始や年金額改定があった場合は、支給が重複する期間の傷病手当金をご返金いただきます。

添付書類

※審査の内容によっては、下記以外の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。

「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、給与の締め日を経過した後に発行したものをご提出ください。
・欠勤控除を翌月以降に行う場合は欠勤控除をした月の賃金台帳の写しを併せてご提出ください。
・申請期間内に賃金の支給がある場合は、支給した賃金の計算根拠を賃金台帳等にご記入ください。

「被保険者から事業所への入金（返金）が確認できる書類（写し）」
・<u>賃金台帳上の総支給額（支給合計等）の金額がマイナスの場合</u>は、その金額が入金されたことのわかる書類をご提出ください。　例：振込伝票（写し）

「健康保険等加入状況の申告兼同意書（原本）」
・今回の申請期間の初日より１年以内に当組合の資格を取得された方のみ、<u>初回申請時</u>にご提出ください。
２回目以降は提出不要です。

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。	
障害厚生年金または障害手当金を受給している場合	① 障害年金証書(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ご添付ください。 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ご添付ください。
労災保険から休業補償を受けている場合	〇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ご添付ください。

提出先住所　〒113-8566　東京都文京区湯島3-15-4　　東京都電機健康保険組合　保険給付課

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

在職者用 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

【事業主の皆様へ】

・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に事業主のサインまたは押印をお願いいたします。
・申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しをご添付ください。
・下記「※1 ㋖証明日」は「㋑労務に服さなかった期間」の末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

㋐ 被保険者氏名	健保 太郎		
㋑ ❶ 労務に服さなかった期間	令和 6 年 3 月 1 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで 出勤のため、上記の期間から除く日 注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/8～3/11、3/22、3/27） 3/8～3/11、3/22、3/27	㋒ この期間に賃金を支給しました（します）か。 ❷	☐ はい ☑ いいえ
㋓ 被保険者の	給与体系 ☑月給 ☐日給 ☐時間給 ☐その他（ ）	賃金計算 締日 末 日	給与支払日 ☑ 当月 ☐ 翌月 25 日
❹ ㋔ 社会保険料の徴収をしましたか	☑ はい ☐ いいえ	㋕ ㋔で「いいえ」と答えた場合 今度徴収する予定はありますか	☐ はい ☐ いいえ

❺ ㋖ 上記の期間に対して、報酬の全部または一部支給した（する）場合 ❸

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。 ㋗ 令和 ×× 年 △ 月 △ 日 ※1

㋘ 所在地 東京都文京区△△1－2－3

㋙ 事業所名称 ○○○○株式会社

㋚ 事業主氏名 ○○ ○○ 電話番号 △△（□□□□）××××

❶ 被保険者が療養のため休んだ期間（被保険者の申請期間）をご記入ください。

❷ ❶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。
※支給した基本給や各種手当などの支給の計算根拠を賃金台帳等にご記入ください。

❸ 労務に服さなかった期間中に出勤した日がある場合は、「出勤のため、上記の期間から除く日」欄にご記入ください。
数時間であっても出勤した日は出勤日となります。有給休暇を取得した日は出勤日に含みません。
（例）3月1日から3月31日までの期間を申請するが3月8日（金）から3月11日（月）までの4日間と３月22日（金）
３月27日（水）は出勤した場合

㋑ 労務に服さなかった期間	令和 6 年 3 月 1 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで 出勤のため、上記の期間から除く日 注：具体的な日付をご記入ください。（例.3/8～3/11、3/22、3/27） 3/8～3/11、3/22、3/27	㋒ この期間に賃金を支給しました（します）か。 ☐ はい ☑ いいえ

❹ 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ご回答ください。
※「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。

❺ ❷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。