

傷病手当金支給申請書 記入例

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

健康保険 傷病手当金 支給申請書				(被保険者記入用)	
被 保 険 者 情 報	1 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称 △△ガラス株式会社		
	2 氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ		生年月日	平成 3 年 5 月 1 日
	住 所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区××		電話番号 (日中の連絡先)	080 (1234) 5678
		1-2-3 □□マンション457		提出委任	☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写しを添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

3 振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	

4 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下記受任者に委任します。		令和 7 年 4 月 1 日
	氏 名	健保 太郎		
	住 所	東京都〇〇区××5-6-7		
	受任者 (事業主)	事業所名	△△ガラス株式会社	
	氏 名	代表取締役 ○山 △男		

5 申 請 内 容	1) 傷 病 名	虫垂炎	発病又は 負傷年月日	令和 7 年 3 月 1 日
	2)			年 月 日
	3)			年 月 日
	発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	自宅で急に腹痛になった		
	注: 申請2回目以降は、療養のために休んだ期間における傷病の状態を記入してください。			
6	仕事の内容(具体的に)	硝子の加工作業	退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。	
7	療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 7 年 3 月 1 日 から 令和 7 年 3 月 15 日 まで 15 日間		
	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	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等	傷病名 年金の種類 □ 障害厚生年金 □ 障害手当金 基礎年金番号 年金額 円
	「退職した方」 老齢又は退職を事由と する公的年金を受給し ていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 年金の名称や基礎年金番 号等	年金の名称 基礎年金番号 年金額 円
	労災保険から休業補償 給付を受けていますか。	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

この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。	受付日付印
	被保険者(申請者)氏名 健保 太郎	

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

全国硝子業 健康保険組合

(令7.4)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

◇ 傷病手当金は被保険者が業務外の病気やけがで療養のため仕事を休み、その間給与等が支払われないとき、被保険者の生活費を保障するための保険給付になりますので、給与の締日に合わせ1ヶ月毎に申請してく
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 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)。また、戸籍謄本等の原本(被保険者との続柄がわかるもの)を添付してください。

3 4 給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写し(銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの)を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

5 病名がケガ(骨折・捻挫・打撲・火傷等)または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください(組合ホームページ申請書一覧:給-16)。
※ 第三者行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので、当組合にお問い合わせください。

6 事務員・製造業などではなく、経理担当事務・製造技術者・生産管理業務等、具体的にご記入ください。

7 ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、事業主と医師の証明(申請書2枚目、3枚目)を受け、申請書(3枚セット)をなるべく会社経由でご提出ください。

* 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

* 消せるボールペンは使用しないでください。 * 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

添付書類

第1回目の申請の方
・申請期間中の「出勤簿と賃金台帳の写し」 ※第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給されている場合は「出勤簿と賃金台帳の写し」を添付してください。
・「個人情報提供同意書」(組合ホームページ申請書一覧:給-5) ※資格取得後1年6ヶ月未満の方が申請する場合は、「加入状況等確認書」(組合ホームページ申請書一覧:給-5)および、入社時から申請期間までの出勤簿の写し
障害厚生年金(障害手当金)または、退職後に老齢厚生年金(60歳代前半の特別支給を含む))を受給されている方
「年金証書の写し」および「年金振込通知書または年金額改定通知書の写し」
退職後の継続給付を受ける方
・「雇用保険受給期間延長通知書の写し」 ・申請期間中に医療機関や調剤薬局にかかった際に受け取った「領収書の写し」および「診療(調剤)明細書の写し」