

健康保険 傷病手当金・付加金支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			電話 ()
	社員番号			メールアドレス	

申請内容	傷病名	1) 2) 3)	発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日
	発病または 負傷の原因						
	第三者の行為 によるものですか	はい・いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上 によるものですか	はい・いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		
	傷病のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					
	■上記の傷病のため休んだ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」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。				報酬額	円	
	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					
	■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。				受給中・請求中・どちらでもない		
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。						
	年金等の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()					
	傷病名			年金額			
	基礎年金番号			支給開始日	年 月 日		
■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。				受給中・請求中・どちらでもない			
給付等の種別	1. 失業給付 2. 休業補償給付 (労働基準監督署) 3. その他()						

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者)	氏名
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード			支店コード	
	金融機関名称	銀行			本店
		信用金庫			支店
預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名		発病または負傷年月日	平・令	年	月	日					
	傷病名	1)	療養を開始した年月日	平・令	年	月	日					
		2)		平・令	年	月	日					
		3)		平・令	年	月	日					
	発病または負傷の原因											
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から	日間	診療実日数	日			
	入院した場合はその期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	傷病の主たる症状及び経過概要、治療内容等											
	症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見											
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日	医療機関の所在地	医療機関の名称	医師の氏名				

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																			
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。											出勤	有給																							
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	はい										いいえ	締日	日																						
	給与の種類	月給	日給	日給月給											賃金計算	支払日	□当月	日																		
		時間給	歩合給	その他()													□翌月																			
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間													支給額		支払日																			
		年	月	日	～	年	月	日											円	月	日															
年		月	日	～	年	月	日											円	月	日																
現在まで、または将来も支給しない場合はその理由																																				
賃金計算方法(欠勤控除等)																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名																													

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

健康保険 傷病手当金・付加金支給申請書

このページは本人記入欄 ※両面とも問い合わせは委託先パルティHRへ

記号	番号	所属事業所及び部署名	〇〇株式会社 〇〇支店
●●	××××		電話(内線) 03-1234-5678(999)
被保険者情報	氏名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成
	申請者住所 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室	電話	03 (7891) 2345
	社員番号	メールアドレス	〇〇△△@〇〇

報酬:給与、手当。給与は前月の出勤証を反映。
休んだ期間の給与総計が0円は「いいえ」、給与有りは「はい」、不明の場合は「不明」と記入。
報酬額、報酬支払期間が不明の場合は「不明」

傷病名	1) 右大腿骨骨折 2) 右橈骨遠位骨折 3)	発病または 負傷年月日 ※1	平(令) ●● 平(令) ●● 平・令
発病または 負傷の原因 ※2	自宅の階段で足を踏み外し落下したため		
第三者の行為 によるものですか	はい (いいえ)	業務上、通勤途上 によるものですか	はい (いいえ)
傷病のため 休んだ期間	令和 ●●年 5月 1日 から 令和 ●●年 5月 31日 まで 31 日間		
■上記の傷病のため休んだ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」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。		報酬額	96,000 円
報酬支払期間		令和 ●●年 5月 2日 から 令和 ●●年 5月 10日 まで 9 日間	
■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。		受給中・請求中 (どちらでもない)	
受給中・請求中の方は下記に記入してください。			
年金等の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()		
傷病名	年金額	年金証書と該当期間の年金改定通知書の コピーを添付(老齢年金は在職中は不要)	
基礎年金番号	支給開始日		
■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。		受給中・請求中 (どちらでもない)	
給付等の種別		1. 失業給付 2. 休業補償給付 (労働基準監督署) 3. その他()	

※在職者は、委任状欄に記入してください。雇用保険受給資格者証コピーを添付
労災保険は支給決定通知書コピーを添付

①本申請に基づく給付金に関する受領を本人に委任します。
 ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 ●●年 ●●月 ●●日

被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎
代理人 (実際に給付を受領する)	氏名	

※任継・退職者は、振込先情報欄に記入してください

・在職中は給与にて支給するため委任状欄に記入ください
(基本、振込先情報欄は記入不要)

・退職後は振込先情報欄に記入ください
(基本、委任状欄は記入不要)

金融機関コード		
金融機関名称		本店 支店
預金種別	普通 当座	

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	受付日付印
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名		発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日					
	傷病名	1)		平成	年	月	日					
	発病または 負傷の原因	<p style="color: red; text-align: center;"> ・この欄は、療養を担当した医師に記入を依頼してください ・本人記入欄(1ページ目)とこの欄が完成したら、提出先 (人事システム室or会社総務人事窓口)に送付ください </p>										
	労務不能と 認めた期間											
	入院した場合 はその期間							令和	年	月	日	から
	主たる症状 および経過											
	治療内容、 検査結果等											
	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地											
令和				年	月	日	医療施設の名称					
				医療機関の氏名								

■お勤め先の事業主に証明をもら

事業主記入欄(記入例)

※ご本人は記入不要

事業主証明欄	被保険者氏名	<p style="color: red; font-weight: bold;">健保 太郎</p> <p style="color: blue;">※下記勤務状況は出勤証添付で記入不要</p>																																			
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。											出勤	有給																								
	令和 ●年 5月	公	△	公	公	公	公	公	△	△	△	△	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	0	日	4	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日			
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日			
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	はい・ いいえ										締日	毎月月末	日																							
	給与の種類	月給	日給	日給月給										賃金計算	支払日	□当月	25	日																			
		時間給	歩合給	その他()												☑翌月																					
	上記の期間中にかかるとして支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間										支給額		支払日																							
		令和●年	5月	1日	～	令和●年	5月	31日	96,000		円	6月		25日																							
	令和●年	5月	1日	～	令和●年	5月	31日	5,000		円	6月		25日																								
	年	月	日	～	年	月	日			円			日																								
現在まで、または将来も支給しない場合はその理由	<p style="color: blue;">※給与支給が0円の場合記入ください 例)欠勤日に対しては100%給与控除するため</p>																																				
賃金計算方法(欠勤控除等)	<p style="color: red;">通勤手当 5,000円(控除無し)</p> <p style="color: blue;">※給与控除されていない分があれば記入ください</p>																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。	事業所所在地										●●県 ●●市 ●●町 2丁目1番地3																										
令和 ●年 ●月 ●日	事業所名称										●●株式会社																										
	事業主氏名										代表取締役 ●●●●																										

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。