

健康保険 傷病手当金(付加金)支給申請書 (回目) 1/2

令和 年 月 日申請

| | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|------|------------|------------------|----------|-------|
| 被 保 険 者 情 報 | ①被保険者証 記号・番号 | — | 事業所 名 称 | | | |
| | ②氏 名 (相続人) 住 所 | フリガナ | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | | 〒 — | | | | |
| | | | | 電話番号 (日中の連絡先) | | |

| | | | | | | |
|------------------|----------------|---------------------|--------|---------------|--|--|
| 受 取 口 座 | 金融機関名称 | 銀行・金庫・信組 農協・他() | 預金の種別 | 普通・その他() | | |
| | | 支店・本店・出張所 | 口座番号 | | | |
| | 口座名義 (カタカナ) | | 口座名義区分 | 被保険者(相続人)・代理人 | | |

| | | | | | | |
|------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| ③ 委 任 状 | 口座名義が 代理人の場合 にご記入くだ さい。 | 被保険者 (相続人) | 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。令和 年 月 日 | | | |
| | | 代理人 (口座名義人) | 住所 | | | |
| | | | 氏名 | 被保険者との関係 () | | |

| | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|--------------|
| 申 請 内 容 | 傷 病 名 | 1) _____ 2) _____ | 発 症 又 は 負傷年月日 | 1) 平・令 年 月 日 2) 平・令 年 月 日 | |
| | 発病時の状況又は 負傷の原因 (詳しくご記入く ださい) | 注: 工作中、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。 | | | |
| | ④仕事の内容 (具体的に) | 注: 退職日以降の期間を申請する場合でも、退職前に就いていた業務内容をご記入ください。 | | | |
| | ⑤療養のために休んだ期間 (申請期間) | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 日間 | |
| | 上記期間に報酬を受けま したか。又は今後受けら 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 |
| | ⑥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 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 の種類 <input type="checkbox"/> 障害手当金 | 基礎年金番号 年金額 円 |
| | <退職された方> ⑦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 |
| | ⑧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2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ず添付してください。

受付日付印

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|---|--------------------------|----|----|----|---------------------------|------------------------------|--|----------|--|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | |
| | ⑨ 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | ⑩ ⑨の期間のうち | | | | ⑪ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| | | 日間 | 出勤 | 日 | 有給 | 日 | | <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| | ⑫ 被保険者の給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 | ⑬ 賃金計算 | | | 締日 | 日 | 支払日 | <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 | 日 | |
| | ⑭ 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 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | 円 | |
| | | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | 円 | |
| | | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | 円 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | |

事業主のみなさまへ：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。

なお、2回目以降の申請書でも、報酬の一部が支給される場合は、賃金台帳等の写しを添付してください。

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|------------|--|----------------|---|--|--|--|----------|--|
| 医師等が意見を記入するところ | 患者氏名 | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 1) | 療養の給付開始年月日 | | | 1) 平・令 年 月 日 | | | | | |
| | | 2) | (初診日) | | | 2) 平・令 年 月 日 | | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 平・令 年 月 日 | 発病又は負傷の原因 | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間(A) | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | | (A)の期間のうち診療実日数 | 日 | | | | | |
| | うち入院期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | | 転帰 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医 | | | | | |
| | 主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。） | | | | | | | | | | |
| | 上記(A)の期間の傷病状態 | | | | | | | | | | |
| | 上記(A)の期間の治療状況 | | | | | | | | | | |
| | 前月の症状との比較 | | | | | | | | | | |
| 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所見（必ずご記入ください。） | | | | | | | | | | | |
| 記載内容について相違ありません。 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | | | |
| 医師氏名 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | |

「傷病手当金(付加金)支給申請書」を ご記入するにあたりご注意ください事項

【被保険者情報】

- ①欄の被保険者証の記号及び番号は、保険証をご確認のうえご記入ください。
- ②欄は、被保険者が亡くなられ、相続人が申請される場合は、相続人の氏名、住所をご記入ください。その下の「受取口座」欄も相続人の口座をご記入ください。

【委任状】

- ③欄は、口座名義人が被保険者(相続人)と異なる場合は、「委任状」欄のご記入及び押印が必要となります。
代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。

【申請内容】

- ④欄は、療養の前の業務について具体的にご記入ください。
(総務、営業、報道、プロデューサー、ディレクター、アナウンサー、番組編集等)
退職後の申請の場合は、在職時の業務内容をご記入ください。
- ⑤欄の申請期間に対応するように「事業主の証明」(⑨欄)と「医師等の意見」((A)の期間)を
いただいでください。(申請書2枚目)
- ⑥欄は、障害厚生年金又は障害手当金を受給される場合は、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、管轄の本支部までお問い合わせください。
- ⑦欄は、老齢又は退職を支給事由とする公的年金を受給される場合は、別途、提出書類が必要
となります。詳しくは、管轄の本支部までお問い合わせください。
- ⑧欄は、労働者災害補償保険から休業(補償)給付を受給される場合は、別途、提出書類が必要
となります。詳しくは、管轄の本支部まで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、必ず申請者の訂正印を押印
のうえ正しい内容をご記入ください。

【事業主が証明するところ】(申請書2枚目)

- ⑨欄は、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)
- ⑩欄は、⑨の期間中、出勤や有給休暇がある場合は、その日数をご記入ください。
- ⑪欄は、⑨の期間に、基本給のほか、各種手当などの支給がある場合は、「はい」にレ点を入
れてください。
- ⑫欄は、給与の種類について該当する項目にレ点を入れてください。
- ⑬欄は、賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑭欄は、⑪で「はい」とした場合、賃金計算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。また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法
などをご記入ください。(別紙による詳細な内容が記載された賃金計算書や欠勤控除計算
書の提出を求める場合があります。)

※ 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、必ず事業主の訂正印を押印
のうえ正しい内容をご記入ください。

記入例

健康保険 傷病手当金(付加金)支給申請書 (回目) 1/2

令和 ○年 ×月 △日申請

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------|-------------|---------------------------------------|-------------------|------------------------|
| 被 保 険 者 情 報 | ①被保険者証 記号・番号 | 999 — 99999 | 事業所 名 称 | ○△□放送 株式会社 | |
| | ②氏 名 (相続人) 住 所 | フリガナ | ミンポウ ケンタ | 生年月日 | 昭和 62年 4月 10日 平成 |
| | | | 民放 健太 | | |
| | | | 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-9-4 久保寺マンション805 | | |
| | | | 電話番号 (日中の連絡先) | 090 - ×××× - 〇〇〇〇 | |

| | | | | |
|------------------|----------------|--|--------|--|
| 受 取 口 座 | 金融機関名称 | 〇〇〇 銀行・金庫・信組 農協・他() | 預金の種別 | 普通 その他() |
| | | △△△ 支店・本店・出張所 | 口座番号 | 1234567 |
| | 口座名義 (カタカナ) | ミンポウ ケンタ | 口座名義区分 | 被保険者(相続人) ・代理人 |

| | | | | |
|------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------------------|--------------|
| ③ 委 任 状 | 口座名義が 代理人の場合 にご記入くだ さい。 | 被保険者 (相続人) | 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。 令和 年 月 日 | |
| | | 代理人 (口座名義人) | 住所 | 印 |
| | | | 氏名 | 被保険者との関係 () |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|---|
| 申 請 内 容 | 傷 病 名 | 1) 右橈骨遠位端骨折 | 発症又は 負傷年月日 | 1) 平・ 令 ○年 ○月 ○日 | |
| | | 2) | | 2) 平・令 年 月 日 | |
| | 発病時の状況又は 負傷の原因 (詳しくご記入く ださい) | 休日、近くのスーパーまで買い物に行こうと自転車で走行中、落ち葉で車輪が滑り、 バランスを崩し転倒。右手首を複雑骨折し、入院・手術することになったため。 | | | |
| | | 注: 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。 | | | |
| | ④仕事の内容 (具体的に) | 報道部 記者 | | | |
| | | 注: 退職日以降の期間を申請する場合でも、退職前に就いていた業務内容をご記入ください。 | | | |
| | ⑤療養のために休んだ期間 (申請期間) | 令和 ○年 11月 1日から | | 令和 ○年 11月 30日まで 30日間 | |
| | 上記期間に報酬を受けま したか。又は今後受けら 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 11月 1日から 報酬額 | 令和 ○年 11月 10日まで 150,000円 |
| ⑥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 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 の種類 <input type="checkbox"/> 障害手当金 | |
| | | | 基礎年金番号 | 年金額 円 | |
| <退職された方> | | | 年金の名称 | | |
| ⑦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 | 基礎年金番号 | 年金額 円 | |
| ⑧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2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ず添付してください。

受付日付印

記入例

| | | | | | | | | |
|---|---------------|--|-----------|----|------------------------------|---------------------------|-----|--|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 | 民放 健太 | | | | | | |
| | ⑨ 労務に服さなかった期間 | 令和 ○ 年 11 月 1 日から 令和 ○ 年 11 月 30 日まで 30 日間 | ⑩ ⑨の期間のうち | | | ⑪ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 | | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | | 出勤 | 0 日 | 有給 | 8 日 | | | |
| | ⑫ 被保険者の給与の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 | ⑬ 賃金計算 | | 締日 | 末日 | 支払日 | <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 25 日 |
| ⑭ 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 | 基本給・職能給 | 令和 ○ 年 11 月 1 日から 令和 ○ 年 11 月 10 日まで | 10 日間 | | (300,000×10/30) 100,000 円 | | | |
| | 通勤手当 | 令和 ○ 年 10 月 1 日から 令和 ○ 年 12 月 31 日まで | 日間 | | (3ヵ月分) 60,000 円 欠勤控除無し | | | |
| | 住宅手当 | 令和 ○ 年 11 月 1 日から 令和 ○ 年 11 月 30 日まで | 30 日間 | | 30,000 円 欠勤控除無し | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在地 東京都千代田区〇〇〇1-2-3 | | | | | | | | |
| 事業所名称 〇△□放送 株式会社 | | | | | | | | |
| 事業主氏名 〇〇 〇〇 | | | | | | | | |

事業主のみなさまへ：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。
 なお、2回目以降の申請書でも、報酬の一部が支給される場合は、賃金台帳等の写しを添付してください。

| | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------|---|--|--|--|--|
| 医師等が意見を記入するところ | 患者氏名 | | | | | | | |
| | 傷病名 | 1) | 療養の給付開始年月日 | 1) 平・令 年 月 日 | | | | |
| | | 2) | (初診日) | 2) 平・令 年 月 日 | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 平・令 年 月 日 | 発病又は負傷の原因 | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間(A) | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | (A)の期間のうち診療実日数 | 日 | | | | |
| | うち入院期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | 転帰 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医 | | | | |
| | 主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。） | | | | | | | |
| | 上記(A)の期間の傷病状態 | | | | | | | |
| | 上記(A)の期間の治療状況 | | | | | | | |
| | 前月の症状との比較 | | | | | | | |
| 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所見（必ずご記入ください。） | | | | | | | | |
| 記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | |
| 医師氏名 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | |