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被保険者記号・番号	―	事業所名称		
	②氏名（相続人）住所	ﾌﾘｶﾞﾅ		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)	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）	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）	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

民間放送健康保険組合

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 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。	□ はい □ いいえ
			出勤	日	有給	日		
	⑫被保険者の給与の種類	□月給　□日給　□時間給　□その他	⑬賃金計算	締日　日			支払日	□ 当月 □ 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（初診日）	1) 平・令　年　月　日
		2)		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	□治癒　□中止　□継続　□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、従来の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			

〔2022.1改訂〕

「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していただく事項

【被保険者情報】

①欄の被保険者の記号及び番号は、「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」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）をいただいてください。（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	ﾌﾘｶﾞﾅ　ミンポウ　ケンタ 民放　健太	生年月日	昭和 平成　６２年　４月　１０日	
		〒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 － ×××× － ○○○○	

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	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
			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 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）	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

民間放送健康保険組合

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。	☑ はい ☐ いいえ
			出勤	０日	有給	８日		
	⑫被保険者の給与の種類	☑月給　☐日給　☐時間給　☐その他	⑬賃金計算	締日　末日		支払日	☑ 当月 ☐ 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○○○1-2-3 事業所名称　○△□放送 株式会社 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(初診日)	1) 平・令　年　月　日
		2)		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	☐治癒　☐中止　☐継続　☐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、従来の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			

〔2022.1 改訂〕