

		専務理事	専務員	担当	
全部 不	健保が記入する欄です。			月	日
				月	日
				日	
				年	月

傷病手当金請求書 (第 回) 提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号	1		被保険者 (申請者)の氏名	健保 太郎		(印)
	番号	10001		生年月日	昭 平 令 1 年 8 月 1 日		
被保険者 現住所	〒	351 - 83 × ×		電話番号	固定	048 - 4 × × - × × × ×	
					携帯	080 - × × × × - × × × ×	
事業所の名称	株式会社 × × 新電元			被保険者の 標準報酬月額	280 千円		
資格取得年月日	昭 平 令	25 年 4 月 1 日		仕事内容 (具体的に)	管理部にて総務事務		
傷病名	盲腸			発病・負傷年月日	年 月 日		
発病・負傷の状況	日時	令和	8 年 3 月 30 日		午前・午後	10 時 頃	
	場所	・会社 (工作中・休憩中)		・通勤途中		自宅	
		傷病の原因は仕事によるものですか?		はい		いいえ	
状況	自宅にて腹痛があり、翌日病院にかかったところ、盲腸と診断され、急遽入院になった。						
発病・負傷の為 休んだ期間 (請求期間)	令和	8	年	4	月	1	日 から
	令和	8	年	4	月	15	日 まで 15 日間
請求期間中に 入院した期間	令和	8	年	4	月	1	日 から
	令和	8	年	4	月	15	日 まで 15 日間
職場復帰について	・現段階では未定		・復帰予定(月 日より)		・復帰している		4 月 16 日より
上記の療養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				
「障害厚生年金」 「障害手当金」について	受給なし		受給中	請求中	左記で「受給中」「請求中」とされた場合、どちらを受給していますか。		障害厚生年金 障害手当金
上記で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について	傷病名			基礎年金番号	年金額(年額)		
					基礎年金番号	年金額(年額)	
「老齢年金」について (資格喪失者のみ)	受給なし		受給中	請求中	左記で「受給中」「請求中」とされた場合の基礎年金番号・年金額について		円
振込先金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>) <small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 →お届け頂いていない場合は別途“健康保険給付金振込先届”にて申請ください。							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業所へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※任意継続被保険者についてはチェック不要							

