

傷病手当金支給申請書を記入する際の注意（被保険者記入欄）

記入例（被保険者記入欄）

支給決定伺

支給額	円				
支給開始年月日	平・令	年	月	日	
支給期間	自平・令	年	月	日	
(日間)	至平・令	年	月	日	

傷病手当金支給申請書(第1回)

[記号]-[番号:右づめ] 令和4年8月25日提出

健康保険被保険者証の記号・番号	1	2	3	4	5	6	7	被保険者の氏名	健保太郎
被保険者の住所	(〒123-4567) 都・道府・県 ○○市△△町1-2-3							TEL	090(1234)5678
事業所の名称	○○株式会社			被保険者の生年月日		昭・平○年○月×日			
傷病名	○○病			発病又は負傷の日		令○年△月×日			
発病又は負傷の原因(詳しく記入すること)	不詳						第三者行為によるものですか いいえ はい		
労務に服することができなかった期間(支給申請期間)	平・令○年△月□日		至平・令○年△月□日まで		○○日間				
障害厚生年金、障害手当金を受給しているときは記入してください ※年金額を証明できる書類の写しを添付してください									
年金の種類	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害手当金	年金額	円	受給の要因				つた傷病名
支給開始日	昭・平・令		年	月	日	年金番号		年金コード	
老齢又は退職を事由とする公的年金を受給しているときは記入してください ※年金額を証明できる書類の写しを添付してください									
年金の名称			年金額	円					
支給開始日	昭・平・令		年	月	日	基礎年金番号		年金コード	
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。(被保険者と代理人との関係: _____) 令和 年 月 日								
被保険者の住所	氏名								
代理人の住所(口座名義)	氏名								
振込先	金融機関の名称		銀行 金庫 信組・農協 その他()		本店・支店 出張所 本所・支所		預金種別		
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通口座	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		左づめでご記入ください		ケ		
	ケ		ン	ホ	・	タ	ロ	ウ	
口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入下さい。)								

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考

受付日付印

TCSグループ

申請書を記入したら、提出する前に記入漏れや誤りが無いかを確認しましょう。(項番は記入例の番号と対応していますので、記入例と併せて確認をお願いします。)

項番	項目	記入要領等	確認
①	健康保険被保険者証の記号・番号	● 保険証の氏名の上に記号(3桁)・番号が記載されていますので、それを記入してください。(資格喪失後の申請時も同じ記号・番号を記入)	<input type="checkbox"/>
②	被保険者の氏名	● 止むを得ず、被保険者本人以外の方が申請する場合(本人ご逝去など)は、被保険者氏名の横に申請者氏名を()書きで記入してください。	<input type="checkbox"/>
③	被保険者の住所	● 給付金支給決定通知書等をお送りする住所を記入してください。	<input type="checkbox"/>
④	TEL(電話番号)	● 内容について確認させていただく場合がありますので、日中連絡のとれる電話番号を記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑤	事業所の名称	● 勤務先の会社名を記入してください。 (資格喪失後に申請する方も、在職時の会社名を記入) ● 任意継続被保険者の方は、「任意継続」と記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑥	傷病名	● 「療養を担当した医師の意見」欄を確認の上、記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑦	発病又は負傷の日	● 病気やけがをした年月日をわかる範囲で記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑧	発病又は負傷の原因	● 日時・場所・何をしていた時など、わかる範囲で記入してください。 (わからないときは、「不詳」と記入)	<input type="checkbox"/>
⑨	第三者行為によるものですか	● 交通事故など、第三者の行為によりけがをした場合は「はい」を選択してください。 ※ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となりますので、事前に当健保までご連絡ください。	<input type="checkbox"/>
⑩	労務に服することができなかった期間(支給申請期間)	● 初回の申請時には、待期間(3日間)を含めて記入してください。 ● 日数については、公休日や土日を含めた日数を記入してください。 (欠勤日数ではありません) ● 「療養を担当した医師の意見」欄を確認の上、過不足ないように記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑪	障害年金について	● 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、その内容を記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑫	老齢年金について	● 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている場合、その内容を記入してください。	<input type="checkbox"/>
⑬	振込先	● 被保険者本人名義の口座を記入してください。 (委任状を記入した場合は代理人名義の口座) ※ 本人ご逝去など、本人名義の口座以外に振込む場合は、②に記入した申請者名義の口座を記入してください。	<input type="checkbox"/>

[提出先について]

- 在職期間中の申請分：事業所に提出(事業所の証明が必要となります。)
- 任意継続及び資格喪失後の申請分：健保に直接提出(離職票(I)・(II)又は受給期間延長通知書の原本を添付してください。)

[療養を担当した医師の意見欄について]

- 当健保様式への記載に代えて、医療機関の証明様式を添付していただいても差し支えありません。