

# 記入例

※ひと月ごとの申請になります。  
 複数月分を申請される場合は、1枚ずつ申請書をご記入ください。  
 訂正した場合は二重線で抹消し訂正した方のサインを記入(訂正印可)

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

年 月 日

## 傷病手当金支給申請書 (第 回)

保存期間：5年間(会計年度)

被保険者(申請者)情報	1 被保険者証の記号・番号	—	2 氏名	
	3 被保険者住所 連絡先電話番号	(〒 — )	電話	( )
	4 所属事業所名		5 生年月日	年 月 日 ( 歳)
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します ※事業所所属の方はチェックをお願いします			

事業所所属の方は、  
 チェックボックスに✓を  
 入れてください。

申請内容	6 仕事の内容			
	7 傷病	8. 詳細不明の場合は、「不明」と記載してください。		
	8 発病または負傷年月日	年 月 日		
	9 傷病の原因について	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故	10. 第一回目の請求の場合は発病または負傷原因を記載してください。	
	10 発病または負傷の原因	※ 第一回目の請求の場合は必ず記入して下さい。 (1)いつ 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時頃 (2)どこで どのような用事で 発病または負傷		
	11 申請期間(連続3日未満は申請不可)	年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日間
12 障害・老齢年金等を受給している場合 *年金証書・最新の振込ハガキの写しを必ず添付	受給開始年月		老齢年金の種類	年金
	基礎年金番号		年金証書のコード	
	年金額	円/年	障害年金受給の対象となった傷病名	
13 受取金融機関 *被保険者名義のみ可	銀行コード	銀行 信金 信組 農協	支店コード	本店 支店 出張所
	口座番号	●退職された方は個人口座への振込みになりますので、「NO13」欄に記入し、「NO14」欄および「NO15」欄は記入不要。		

11. 第一回目の申請期間の最初の3日は待期期間となり、有給休暇、午後休暇(初日に限る)、欠勤、公休のいずれかとなります。この期間も含めて「医師の労務不能と認められた期間」の証明が必要となります。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入。

委任状	14 被保険者欄 *13欄に記入がある場合は記入不要	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 被保険者の(申請者) 氏名
	15 代理人欄 *13欄に記入がある場合は記入不要	事業主の 氏名

●事業主から振り込みとなる方は、「NO14」欄に申請者の氏名を記入し、「NO15」欄は事業主に記載してもらってください。

# 記入例

## 健康保険 傷病手当金支給申

3. 左記2に記載された傷病名の初診年月日をそれぞれ記載してもらってください。初診年月日以前の証明はできません。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	1 患者氏名						
	2 傷病名	(1)	3 初診年月日	年	月	日	
		(2)	左記の傷病に対しての初診年月日をご記入ください	(2)	年	月	日
		(3)	(3)	年	月	日	
	4 発病または原因	7. 連続した日数を労務不能と認められる場合は、計何日間であるかも必ず記載してもらってください。					
	5 発病または年月日	日	6 療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他			
	7 労務不能と認めた期間	年 月 日 から		計 日間			
	8 7欄の期間の診療実日数	日間	9 上記7の期間中入院した場合	年 月 日から	年 月 日まで 日間		
	10 上記期間中における「症状経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）	8. 7欄の期間に診療を受けた日数について証明をもらってください。「0」の場合、なぜ「0」であったかの理由が記載された申立書(本人記入)の添付をお願いします。申立書の添付がない場合、給付が遅れたり、給付できない場合もあります。					
	11 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な所見（詳しく）						
	12 上記のとおり相違ありません。	証明日		年	月	日	
	住所(所在地)	〒					

12. 医師の氏名がゴム印など医師の直筆によらない場合、サインの記載をお願いしてください。証明日の日付は、7欄の労務不能と認められた期間よりも後の日付を記載してもらってください。7欄の期間よりも前の日付ですと、未来証明となり、健保組合の判断として労務不能であったと認めることができませんのでご注意ください

※訂正された場合には、二重線と医師のフルネームのサインを記入してください。

# 記入例

常務理事	1. 公休日について 有給または無給に○をしてください。																														
	1日あたりの賃金 無給・有給にかかわらず一日あたりの賃金をご記入ください。																														
	1. 2ヶ月分記入できるようになっていますが、申請は1ヶ月ごとになります。第1回目の待機期間を前月にとられる場合などにご使用ください。																														
事業主が証明するところ	△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示し																														
	*勤務表(出勤簿)等の写しの添付をお願いします。																														
	証明期間に賃金を支払った場合、金額を記入。支払いが無い場合は「0」を記入してください。																														
	2. その他手当 証明期間に上記<報酬とは・・・>に該当する「報酬」を支給している場合、記入。基本給と同様に減額し、支払いが無い場合は「0」を記入。																														
	2. 通勤手当(電車・バス) 証明期間の通勤手当について記入。3ヶ月(6ヶ月)ごとに支給している場合は、3ヶ月(6ヶ月)を記入。途中で精算(返金)している場合は、精算後の実際に通勤費として支給した月数と金額を記入するようにしてください。																														
	【例】 ①4.1.1～4.6.30 70,000円(3.12月支給) ②4.4.1～4.6.30 34,000円(4.5月精算) 傷手の申請書には... 4.1.1～4.3.31(3ヶ月) 36,000円 と記入してください。 なお、①の支給と②の精算がされたことがわかる資料(賃金台帳等)を必ず添付してください。 基本給と同様に減額し、支払いが無い場合は「0」を																														
	3. 申請者または、療養を担当した医師の意見の中に勤務中または勤務に関わる表記(労災扱いと思われるような表記)があった場合、「傷病手当金 請求理由書」を提出。																														
	上記のとおり(業務災害でない事を含め)相違ないことを証明します。																														
	3. 申請者または、療養を担当した医師の意見の中に勤務中または勤務に関わる表記(労災扱いと思われるような表記)があった場合、「傷病手当金 請求理由書」を提出。																														

健康保険組合記入欄	資格取得日	年																													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: orange; padding: 10px; border: 1px solid black;"> <p>健保使用欄のため 記入しないでください</p> </div> <div style="background-color: yellow; padding: 10px; border: 1px solid black;"> <p>&lt;報酬とは・・・&gt; 基本給、家族手当、役職手当、 住宅手当(社宅や独身寮等の現物支給を含む) 通勤手当(定期券や回数券等の現物支給を含む) 食事手当(食事や食券等の現物支給を含む) 以上名称のいかんを問わず労働の対償として受ける全てのものを対象とする。 ただし、臨時に受けるもの(残業手当・時間外手当等)及び年間3回以下のものを除く。 傷病手当金請求書で事業主が証明する報酬の範囲は「算定基礎届」・「月額変更届」で届出を行う報酬と同じ。</p> </div> </div>																														
	調整額日計																														
	調整額月計																														
	算出基礎																														
	区分(支給率)	日額	日数	算出額	調整後給付日額	支給額																									
	①法定給付(2/3)	円	日	円	円	円																									
	②付加給付(③-①)	円	日	円	円	円																									
	③合計(81.7/100)	円	日	円	円	円																									

社労士事務所提出代行者