

傷病手当金 支給申請書
傷病手当金付加金

片面印刷で①～③をそろえて提出してください。

①

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	記号 ○ ○ ○	番号 △ △ △ △					(第 回目)
	被保険者氏名	健 保 太 郎			住 所	○○○○○○ 1 - 1		
	生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日			事業所名	○○○○株式会社		
	仕事の種別・内容	工場内で部品の組み立て			被保険者資格を取得した日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日		
	傷病名	右足骨折			発病・負傷の年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日		
	発病・負傷の状態、原因	休日に自宅の庭で転倒して右足を骨折した。 第三者行為（交通事故など）によるものですか ※ はい・いいえ ※ 傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。						
	療養のため休んだ期間	令和 ○○年 ○○月 ○○日から令和 ○○年 ○○月 ○○日 (歴日数) ○○ 日間						
◎障害年金また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、右表の①～⑥を記入 (退職者の方) 在職中の方を除く	①年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 障害厚生（基礎）年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金						
◎老齢また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、右表の③～⑥を記入	②受給の原因となった傷病名	○○						
	③基礎年金番号	○○○○	④年金コード	○○○○				
	⑤支給開始日	平成○○年 ○月 ○日						
	⑥年金額	○○,○○○円						
	年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付して下さい。							
この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。 ※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。								
被保険者氏名 健 保 太 郎								

・傷病手当金付加金は支給日数の合計が30日を越えたとき、1日目から支給されます。

受付日付印

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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄

支 給	支給額合計	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
	支給開始日	年月日	支払年月日					
支 払 決 議 書	支給満了日	年月日	前回支給期間	自 年月日 至 年月日				
	標準報酬日額	円						
算 定	給付の種類	支給期間			支給日数	支給率	支給額	
	傷病手当金	年月日から	年月日	日			円	
	傷病手当金付加金	年月日から	年月日	日			円	