

# 記入例

健康保険

## 傷病手当金支給申請書

(第 初 回)

1枚目

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	記号 33	②被保険者氏名 (申請者)	健保 太郎
		番号 54321		
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 144 - 0000		④被保険者生年月日 昭和・平成 15 年 1 月 5 日
		東京都大田区〇〇〇 - 〇〇〇		
		TEL: 03 ( 0000 ) 0000		
	⑤所属会社名	ANA△△△株式会社		⑥あなたの仕事内容 (退職者は在籍中の)
				機体整備
	⑦傷病名	左上腕骨骨折		⑧発病または 負傷年月日
				平成・令和 6 年 7 月 11 日
	⑨傷病について	<input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病 <input type="checkbox"/> 仕事または通勤が原因の傷病 * 「第三者行為」または「仕事・通勤」が原因の場合は事前にご連絡下さい		
⑩労災給付について	労災保険から休業給付を受けていますか (又は受ける予定がありますか) <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給無し → 「受給中」または「請求中」の場合労働基準監督署をご記入下さい <span style="float: right;">労働基準監督署</span>			
⑪発病時の状況または 負傷の原因 (具体的に)	休日、買い物途中に路上で転倒したため			
⑫療養のため休んだ 期間 (申請期間)	令和 6 年 7 月 12 日 ~ 令和 6 年 7 月 31 日			
⑬障害厚生年金・ 障害手当金について	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給無し      * 受給中の場合は「年金証書(写)」等 受給開始年月日と年金額      年金振込通知書(写) 等の書類の添付が必要です			
上記にて「受給中」又は 「請求中」の場合記入	基礎年金番号			円
⑭高齢年金について (退職者のみ)	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給無し      * 受給中の場合は「年金証書(写)」等 受給開始年月日と年金額      年金振込通知書(写) 等の書類の添付が必要です			
上記にて「受給中」又は 「請求中」の場合記入	基礎年金番号			円
⑮備考				

\* 入社後1年未満の期間を申請される場合は、初回申請時に「調査書」もご提出下さい。  
 新卒入社の方は、調査書の提出は不要となりますので左記にチェックをつけてください。

→  新卒入社である

入社後1年未満の期間を申請される場合は、「調査書」を添付してください。

ただし、孫卒入社の場合は、調査書を不要としますので、ここにチェックを入れてください。

在籍者の方は、委任状欄の「在籍している事業所の事業主」に✓を付け、被保険者名を記入して下さい。

在籍者の方は、振込口座欄の記入は不要です。  
 退職後に申請される方は、振込口座欄に本人名義の口座をご記入下さい。

「①」 枠内は、医師に意見を記入いただき下さい。証明日以前の期間について記入をお願いします。

「②」 枠内は、申請者の在籍する会社担当者が記入して下さい。

1

療養担当医師が意見を記入するところ

患者氏名	健保 太郎		
傷病名	(1) 左上腕骨骨折	初診日	(1)平成・令和 6年 7月 11日
	(2)		(2)平成・令和 年 月 日
発病または負傷年月日	平成・令和 6年 7月 11日	発病または負傷原因	左上腕強打
労務不能と認められた期間	令和 6年 7月 12日から 令和 6年 7月 31日まで ※未来日付ではなく証明日以前の期間をご記入下さい	労務不能期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
診療実日数	2日	診療日を○で囲んで下さい	7月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
労務不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しくご記入ください）			
左上腕骨を骨折し7月10日初診。 固定するまで安静が必要。			
症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見			
骨折部位が固定するまで安静が必要であったため、 労務不能と診断した。			
上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日：令和 6年 8月 15日	
医療機関所在地	東京都品川区○○○○○		
医療機関名称	△△総合病院		
医師の氏名	保険 一郎	TEL：03(××××)××××	

2

事業主が記入するところ

労務に服さなかった期間	令和 6年 7月 12日から 令和 6年 7月 31日まで	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 時給（時給： 円） <input type="checkbox"/> 日給（日給： 円）
上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か？	<input checked="" type="checkbox"/> はい →下記に内訳を記入して下さい <input type="checkbox"/> いいえ	給与支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
		欠勤等の控除日	<input type="checkbox"/> 給与支払月 <input checked="" type="checkbox"/> 給与支払月翌月
報酬名	支給対象期間	支給額	有休日額 *申請期間中に有休がある場合記入
基本給	7月 1日～ 7月 31日	70,000 円	10,000 円/日
通勤手当	7月 1日～ 7月 31日	9,920 円	賃金計算方法
世帯調整手当	7月 1日～ 7月 31日	10,000 円	*申請期間中、欠勤等の控除がある場合、計算方法等詳細を記入(添付の賃金台帳に記入でも可)
申請期間について、支給又は欠勤控除等がある場合は、計算方法等詳細を記入して下さい。添付の賃金台帳に記載いただいても構いません。			<基本給(欠勤日のみ控除)> 210,000(基本給)÷30×20(欠勤日数) =140,000(欠勤日控除額) <通勤手当> 59,520 円÷6=9,920
上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日：令和 6年 8月 25日	
事業所所在地	東京都大田区羽田空港○-○-○		
事業所名称	ANA△△△株式会社		
事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○	TEL 03 ( 0000 ) 0000	